



UNIVERSITAS  
GADJAH MADA

**Penerapan kode etik rumah sakit Indonesia di Rumah Sakit Fatmawati Jakarta**  
HARTANTI, Luki, dr. Tridjoko H, DTMH., M.Kes  
Universitas Gadjah Mada, 2008 | Diunduh dari <http://etd.repository.ugm.ac.id/>

# **PENERAPAN KODE ETIK RUMAH SAKIT INDONESIA DI RUMAH SAKIT FATMAWATI JAKARTA**

**Tesis**

**Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan  
Mencapai Derajat Sarjana S-2**

**Minat Utama Magister Manajemen Rumah Sakit  
Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Jurusan Ilmu-Ilmu Kesehatan**



**PERPUSTAKAAN**  
UNIVERSITAS GADJAH MADA

**Diajukan oleh :**

**Luki Hartanti**  
**16373 / III-2 / 3015 / 01**

**Kepada**  
**PROGRAM PASCA SARJANA**  
**UNIVERSITAS GADJAH MADA**  
**YOGYAKARTA**  
**2008**



UNIVERSITAS  
GADJAH MADA

**Penerapan kode etik rumah sakit Indonesia di Rumah Sakit Fatmawati Jakarta**

HARTANTI, Luki, dr. Trijoko H, DTMH., M.Kes

Universitas Gadjah Mada, 2008 | Diunduh dari <http://etd.repository.ugm.ac.id/>

## Tesis

Penerapan Kode Etik Rumah Sakit Indonesia  
Di Rumah Sakit Farmawati Jakarta

dipersiapkan dan disusun oleh

Luki Hartanti

telah dipertahankan di depan Dewan Penguji

pada tanggal

16 Mei 2008

### Susunan Dewan Penguji

Pembimbing Utama

dr. Trijoko H, DTM&H, M.Kes

Pembimbing Pendamping I

dr. Samsi Jacobalis, Sp.B

Pembimbing Pendamping II

Anggota Dewan Penguji Lain

Prof. dr. Djaswadi D, MPH, Sp. OG, Ph.D

dr. Andreasta Meliala, DPH, M.Kes, MAS

Tesis ini telah diterima sebagai salah satu persyaratan  
untuk memperoleh gelar Magister

Tanggal 13 Mei 2008

Prof. dr. Hari Kusnanto, DrPH

Pengelola Program Studi : IKM/MMR

## DAFTAR ISI

|  | Halaman |
|--|---------|
| HALAMAN JUDUL .....                                    | i       |
| HALAMAN PENGESAHAN .....                               | ii      |
| DAFTAR ISI .....                                       | iii     |
| DAFTAR GAMBAR .....                                    | vii     |
| PERNYATAAN .....                                       | viii    |
| KATA PENGANTAR .....                                   | ix      |
| INTISARI .....   | xi      |
| ABSTRACT .....   | xii     |
| <br><b>BAB I: PENDAHULUAN</b> .....                    | <br>1   |
| A. Latar Belakang .....                                | 1       |
| B. Perumusan Masalah .....                             | 6       |
| C. Keaslian Penelitian .....                           | 6       |
| D. Tujuan Penelitian .....                             | 7       |
| E. Manfaat Penelitian .....                            | 7       |
| <br><b>BAB II: TINJAUAN PUSTAKA</b> .....              | <br>8   |
| A. Etika dan Kode Etik .....                           | 8       |
| A.1. Etika .....                                       | 8       |
| A.2. Kode Etik .....                                   | 9       |
| B. Kode Etik Rumah Sakit Indonesia .....               | 10      |
| B.1. Pengertian KODERSI .....                          | 10      |
| B.2. Komite Etik Rumah Sakit .....                     | 14      |
| B.3. Peran Komite Etik .....                           | 16      |
| B.4. Struktur Organisasi Komite Etik Rumah Sakit ..... | 18      |
| B.5. Pengambilan Keputusan Etik .....                  | 22      |

|   |               |
|---|---------------|
| C. Evaluasi .....   | 24            |
| C.1. Pengertian Evaluasi .....                                      | 24            |
| C.2. Hubungan Nilai ( <i>value</i> ) dengan Proses Evaluasi ....    | 24            |
| C.3. Pendekatan dan Tipe Evaluasi .....                             | 25            |
| D. Landasan Teori .....   | 27            |
| E. Kerangka Konsep Penelitian .....                                 | 31            |
| F. Pertanyaan Penelitian .....                                      | 32            |
| <br><b>BAB III: METODE PENELITIAN .....</b>                         | <br><b>33</b> |
| A. Rancangan Penelitian .....                                       | 33            |
| B. Subyek Penelitian .....  | 33            |
| C. Alat Penelitian .....  | 34            |
| D. Variabel Penelitian .....  | 35            |
| E. Definisi Operasional .....                                       | 35            |
| F. Jalannya Penelitian .....  | 36            |
| G. Analisis Data .....  | 37            |
| H. Etika Penelitian .....   | 38            |
| I. Kendala Penelitian .....   | 38            |
| <br><b>BAB IV: HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>                       | <br><b>40</b> |
| A. Hasil Penelitian .....   | 40            |
| A.1. Wawancara Mendalam .....                                       | 40            |
| a. Penerapan KODERSI secara umum .....                              | 41            |
| b. Penerapan KODERSI terhadap masyarakat<br>dan lingkungan .....    | 42            |
| c. Penerapan KODERSI terhadap pasien .....                          | 42            |
| d. Penerapan KODERSI terhadap pimpinan, staf,<br>dan karyawan ..... | 42            |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>A.2. Diskusi Kelompok Terarah .....</b>                            | <b>43</b> |
| a. Penerapan KODERSI secara umum .....                                | 43        |
| b. Penerapan KODERSI terhadap masyarakat<br>dan lingkungan .....      | 45        |
| c. Penerapan KODERSI terhadap pasien .....                            | 46        |
| d. Penerapan KODERSI terhadap pimpinan, staf,<br>dan karyawan .....   | 47        |
| <b>A.3. Kuesioner .....</b>   | <b>49</b> |
| a. Fasilitas, sarana, dan prasarana rumah sakit ....                  | 50        |
| b. Pelayanan rumah sakit .....  | 51        |
| c. Pelayanan medis .....  | 51        |
| <b>A.4. Observasi .....</b>   | <b>52</b> |
| a. Observasi falsafah dan tujuan .....                                | 53        |
| b. Observasi administrasi dan pengelolaan .....                       | 53        |
| c. Observasi staf dan pimpinan .....                                  | 53        |
| d. Observasi fasilitas dan peralatan .....                            | 53        |
| e. Observasi kebijakan dan prosedur .....                             | 53        |
| f. Observasi pengembangan staf dan<br>program pendidikan .....        | 55        |
| g. Observasi evaluasi dan pengembangan mutu ..                        | 55        |
| <b>B. Pembahasan .....</b>  | <b>55</b> |
| B.1. Penerapan KODERSI secara umum .....                              | 56        |
| B.2. Penerapan KODERSI terhadap masyarakat<br>dan lingkungan .....    | 61        |
| B.3. Penerapan KODERSI terhadap pasien .....                          | 62        |
| B.4. Penerapan KODERSI terhadap pimpinan, staf,<br>dan karyawan ..... | 65        |
| <b>C. Penanganan Masalah Etika di Rumah Sakit Fatmawati ...</b>       | <b>66</b> |
| C.1. Prosedur penanganan masalah etika .....                          | 66        |
| C.2. Prosedur penanganan etik dan kemungkinan<br>proses hukum .....   | 67        |

|   |           |
|---|-----------|
| D. Masalah Dalam Penerapan KODERSI .....  | 68        |
| D.1. Masalah Rekam Medis .....  | 68        |
| D.2. Masalah Permintaan Uang Muka .....   | 70        |
| D.3. Masalah <i>Informed Consent</i> .....  | 71        |
| D.4. Masalah Komite Etika dan Hukum .....   | 74        |
| <br><b>BAB V: KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>  | <b>76</b> |
| A. Kesimpulan .....   | 76        |
| B. Saran .....  | 78        |
| <br>DAFTAR PUSTAKA .....  | 79        |
| LAMPIRAN  |           |
| 1. Pedoman Diskusi Kelompok Terarah<br>Penerapan KODERSI .....  | 83        |
| 2. Pedoman Wawancara Mendalam<br>Penerapan KODERSI .....  | 86        |
| 3. Pedoman Wawancara Mendalam<br>Penerapan KODERSI di Rumah Sakit<br>Fatmawati untuk Komite Etika dan Hukum ..... | 89        |
| 4. <i>Check-List</i> Observasi .....  | 92        |
| 5. Kuesioner Penerapan KODERSI .....  | 95        |


## DAFTAR GAMBAR

|   | Halaman |
|---|---------|
| Gambar 1. Struktur Komite Etik Model Dewan Pimpinan .....                           | 19      |
| Gambar 2. Struktur Komite Etik Model Organisasi Medis .....                         | 20      |
| Gambar 3. Struktur Komite Etik Model Administrasi .....                             | 21      |
| Gambar 4. Struktur Organisasi Komite Etika dan Hukum<br>Rumah Sakit Fatmawati ..... | 22      |
| Gambar 5. Proses Evaluasi .....   | 25      |
| Gambar 6. Skema Masalah dan Tanggung Jawab<br>Rumah Sakit .....                     | 29      |
| Gambar 7. Kerangka Konsep Penelitian .....  | 31      |

## PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam tesis ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu Perguruan Tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Yogyakarta, Mei 2008



drg. Luki Hartanti

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT, atas rahmat sehat, segala kekuatan, segala kemudahan, dan kemurahan kasih sayangNya, sehingga tesis ini dapat terselesaikan. Tesis ini disusun untuk memenuhi sebagian persyaratan memperoleh derajat Magister di bidang Manajemen Rumah Sakit pada Ilmu-Ilmu Kesehatan, Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Gadjah Mada Yogyakarta.

Penyusunan tesis ini berdasarkan pada penelitian penerapan Kode Etik Rumah Sakit Indonesia yang dilakukan di Rumah Sakit Fatmawati Jakarta. Penulis menyadari dalam penyusunan tesis ini tidak terlepas dari bimbingan, bantuan, dan motivasi dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih yang tak terhingga kepada:

1. dr. Tridjoko Hadianto, DTM&H, MKes, selaku Pembimbing Utama yang meluangkan waktu memberikan bimbingan, pengarahan, dan motivasi dalam penyusunan tesis ini.
2. dr. Samsi Jacobalis, SpB, selaku Pembimbing Pendamping I yang telah meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan dan pengarahan selama penyusunan tesis ini.
3. dr. Adi Utarini, MSc, MPH, PhD, selaku Ketua Pengelola Minat Utama Manajemen Rumah Sakit beserta seluruh staf, yang telah banyak memberikan bantuan, perhatian, dan pemahaman selama masa pendidikan.
4. dr. Luwiharsih, MSc, Kasubdit Bina Pelayanan Medik Spesialistik RSU Pendidikan Direktorat Bina Pelayanan Medik Spesialistik Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Departemen Kesehatan R.I. atas kesempatan yang diberikan selama menempuh pendidikan ini.
5. Direksi RS Fatmawati beserta seluruh staf dan karyawan, atas ijin penelitian dan kerjasamanya selama proses penelitian berlangsung.



UNIVERSITAS  
GADJAH MADA

**Penerapan kode etik rumah sakit Indonesia di Rumah Sakit Fatmawati Jakarta**  
HARTANTI, Luki, dr. Tridjoko H, DTMH., M.Kes  
Universitas Gadjah Mada, 2008 | Diunduh dari <http://etd.repository.ugm.ac.id/>

6. Rekan-rekan mahasiswa Program Studi S-2 IKM UGM, yang ikut memberi dukungan, semangat, dan kerjasama selama masa pendidikan.

Selain itu penulis juga menyampaikan terima kasih yang tulus dan tak terhingga kepada keluarga, Ir.Tommy Rosian Oetomo, Atika, dan Adelia tersayang yang dengan ikhlas telah memberikan dukungan, motivasi, dan pengorbanan sejak awal pendidikan hingga selesainya penelitian ini.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna, oleh sebab itu penulis mengharapkan saran dan masukan yang berguna serta semoga tesis ini bermanfaat bagi yang membacanya.

Yogyakarta, Mei 2007

**Luki Hartanti**

Penulis

## INTISARI

### **PENERAPAN KODE ETIK RUMAH SAKIT INDONESIA DI RUMAH SAKIT FATMAWATI JAKARTA**

**Latar Belakang:** Rumah sakit sebagai tempat bekerja berbagai profesi perlu memiliki rambu-rambu sebagai pedoman dokter, perawat, dan karyawan dalam melaksanakan pekerjaan agar sesuai etika profesi masing-masing. Agar rumah sakit dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat tidak hanya berdasarkan pelayanan yang bermutu, namun juga memperhatikan norma etik dan moral. Komite Etik Rumah Sakit berkewajiban memberikan tuntunan agar aktifitas dan proses manajemen rumah sakit selalu berada dalam batas-batas rambu moral sebagaimana yang tercantum di dalam Kode Etik Rumah Sakit Indonesia (KODERSI).

**Metode:** Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan pengumpulan data secara kualitatif melalui diskusi kelompok terarah, wawancara mendalam, observasi dengan studi dokumentasi, dan pengisian kuesioner oleh pasien rawat inap untuk mendapatkan data primer.

**Hasil:** Pemahaman dan penerapan KODERSI melalui : 1) Kewajiban Umum Rumah Sakit, 2) Kewajiban Rumah Sakit terhadap masyarakat dan lingkungan, 3) Kewajiban Rumah Sakit terhadap pasien, 4) Kewajiban Rumah Sakit terhadap pimpinan, staf, dan karyawan.

#### **Kesimpulan:**

Agar Kode Etik Rumah Sakit Indonesia (KODERSI) dapat dipahami dan diterapkan di rumah sakit, diperlukan pembentukan Komite Etik Rumah Sakit, dilakukan sosialisasi lebih mendalam tentang KODERSI, serta tenaga medis di rumah sakit bekerja sesuai fungsi, tugas, dan etika profesi.

**Kata Kunci:** Etika - Kode Etik Rumah Sakit Indonesia - Komite Etik - Penerapan

## ABSTRACT

### THE APPLICATION OF INDONESIA HOSPITAL CODE of ETHICS AT FATMAWATI HOSPITAL, JAKARTA

Luki Hartanti<sup>1</sup> Tridjoko Hadiano<sup>2</sup> Samsi Jacobalis<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Ministry of Health of The Republic of Indonesia, Jakarta

<sup>2,3</sup>Magister Hospital Management of The Gadjah Mada University

**Background:** Hospital as place of working various professions need to have fringes as medical doctor guidance, nurse, and employee in working that according to each profession ethics. Hospital in expectation of giving service to people is not only based on certifiable service but also pays attention to ethic norm and morale. Ethic Committee of Hospital is obliged to give manual that activity and hospital management process staying in morale fringe constrain as which written in Indonesia Hospital Code of Ethics (KODERSI).

**Method:** This research is descriptive research with data collecting qualitatively through Focused Group Discussion (FGD), in-depth interview, observation with documentation studies, and filling of questionnaire by in-patient to get the primary data.

**Result:** The understanding and applying of KODERSI through : 1) Public Liability of Hospital, 2) Liability of Hospital to people and environment, 3) Liability of Hospital to patient, 4) Liability of Hospital to the management, staff, and employee.

**Conclusion:**

That Indonesia Hospital Code of Ethics (KODERSI) perceivable and applied in hospital, required forming Hospital Ethics Committee, done socialization KODERSI, also medical staff in hospital works according to function, duty, and profession ethics.

**Keyword:** Ethics - Indonesia Hospital Code of Ethics - Ethic Committee - Applying

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Rumah sakit sebagai suatu lembaga dalam sistem kesehatan nasional dalam rangka mengemban tugasnya telah mengalami banyak perubahan dalam berbagai hal. Sebagai lembaga yang mengemban tugas pelayanan kesehatan terjadi pergeseran fungsi yang semula bersifat sosial, dengan perubahan zaman berubah menjadi sosio-ekonomi. (Guwandi, 1991)

Pada era globalisasi, rumah sakit menghadapi banyak tantangan, bukan hanya persaingan antar rumah sakit di dalam negeri dan juga dari luar negeri, akan tetapi dari pihak masyarakat sebagai pelanggan rumah sakit juga semakin kritis dan sadar akan hak dan kewajibannya. Semua ini berdampak pada tuntutan pelayanan yang bermutu dan manusiawi. Keadaan tersebut menyebabkan penyelenggaraan rumah sakit tidak hanya berdasarkan pemberian pelayanan yang prima tetapi juga memperhatikan norma-norma etik dan moral.

Rumah sakit sebagai tempat bekerja berbagai profesi tentunya perlu memiliki rambu-rambu sebagai pedoman dokter, perawat, dan karyawan dalam melaksanakan pekerjaan agar sesuai etika profesi masing-masing. Sejalan dengan hal tersebut, organisasi perumahsakitannya yang bernaung dalam wadah Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) dengan dukungan Departemen Kesehatan Republik Indonesia pada tahun 1982 mulai menyusun Kode Etik Rumah Sakit Indonesia (KODERSI) yang pada awalnya disebut Etika Rumah Sakit Indonesia (ERSI). ERSI diberlakukan untuk semua rumah sakit di Indonesia melalui Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 924/MENKES/SK/XII/1986 tanggal 18 Desember 1986. Pada tahun 1993,



ERSI mengalami perbaikan dan dilengkapi dengan petunjuk pelaksanaan, tahun 1999 disempurnakan dan berubah menjadi Kode Etik Rumah Sakit Indonesia (KODERSI). Pada Konggres VIII PERSI tanggal 5 – 7 November 2000 dilakukan penyempurnaan kembali KODERSI berikut penjelasan dan petunjuk pelaksanaan, kemudian pada bulan Agustus 2001 diterbitkan buku “Kode Etik Rumah Sakit Indonesia” yang merupakan landasan moral dalam rangka penyelenggaraan dan pengelolaan rumah sakit di Indonesia. (PERSI, 2001)

Sesuai peraturan yang telah dikeluarkan oleh Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor: 924/MENKES/SK/XII/1986, rumah sakit berkewajiban menjalankan Kode Etik Rumah Sakit Indonesia, namun dalam prakteknya banyak terjadi kasus-kasus malpraktek, perlakuan dari rumah sakit yang tidak manusiawi dan tidak memperhatikan hak pasien yang ditulis di media massa serta keluhan dari masyarakat yang dilaporkan ke Departemen Kesehatan, maka perlu penelitian yang lebih lanjut sejauh mana rumah sakit telah memahami dan menerapkan KODERSI sebagai landasan moral dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat. (Departemen Kesehatan [Depkes], 1992)

### Rumah Sakit Fatmawati

Pada awalnya Rumah Sakit Fatmawati bernama Rumah Sakit Umum Ibu Soekarno, bermula dari gagasan Ibu Fatmawati Soekarno yang saat itu sebagai Ibu Negara Republik Indonesia bermaksud mendirikan sebuah rumah sakit *tuberculose* (TBC) bagi anak-anak serta tindakan rehabilitasinya. Peletakan batu pertama pembangunan rumah sakit TBC tersebut dilakukan pada tanggal 2 Oktober 1954, dana pembangunannya berasal dari Yayasan Ibu Soekarno dan Yayasan Dana Bantuan Kementerian Sosial Republik Indonesia. Kemudian Kementerian Republik Indonesia melanjutkan pembangunan rumah sakit hingga selesai dan dapat difungsikan.



Fungsi rumah sakit tersebut berubah menjadi Rumah Sakit Umum sesuai dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan nomor: 21286/KEP/121 tanggal 12 April 1961. Pada tanggal 20 Mei 1967 oleh Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Rumah Sakit Umum Ibu Soekarno berubah nama menjadi Rumah Sakit Umum Fatmawati. Kemudian dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor: 294/MenKes/SK/V/1984 tanggal 30 Mei 1984, Rumah Sakit Umum Fatmawati ditetapkan sebagai Pusat Rujukan Wilayah Jakarta Selatan.

Pada tanggal 2 September 1992 berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 745/MenKes/SK/IX/1992 Rumah Sakit Umum Fatmawati ditetapkan menjadi Rumah Sakit Unit Swadana Bersyarat. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 551/MenKes/SK/VI/1994 tanggal 13 Juni 1994 menetapkan Struktur Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati sebagai Rumah Sakit Umum Kelas B Pendidikan.

Penetapan Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati menjadi Rumah Sakit Unit Swadana Tanpa Syarat sesuai dengan surat persetujuan dari Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor: S-733/Mk03/1994. Pada bulan Juli 1997 dengan diberlakukannya UU No. 20 tahun 1997, rumah sakit mengalami perubahan kebijakan dari unit swadana menjadi PNBK (Penerimaan Negara Bukan Pajak). Pada bulan Desember 2000, Rumah Sakit Fatmawati ditetapkan sebagai Rumah Sakit Perusahaan Jawatan.

Rumah Sakit Fatmawati terletak strategis di wilayah Jakarta Selatan, dengan pengembangan yang dilakukan secara bertahap ini rumah sakit memperluas bangunan menjadi 57.457,50 m<sup>2</sup> dengan luas lahan 13 ha. Rumah Sakit Fatmawati memiliki 537 tempat tidur. Data kunjungan pada tahun 2002 sebanyak 513.831 orang. Sumber daya manusia yang ada sebanyak 1.665 orang terdiri atas dokter umum 73 orang, dokter spesialis 147 orang (25 jenis spesialis), dokter gigi 13 orang, dokter S2 manajemen 20 orang, apoteker 8 orang, S1 keperawatan 11



orang, D3/Akper 143 orang, paramedis perawatan 631 orang, paramedis non perawatan 208 orang, serta non medis 593 orang.

Rumah Sakit Fatmawati dalam menjalankan organisasi memiliki visi “Selangkah Lebih Maju Dari Rumah Sakit Terbaik”, sedangkan misi dari rumah sakit adalah:

- 1) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu tinggi dengan sentuhan manusiawi serta terjangkau bagi seluruh lapisan masyarakat.
- 2) Mengembangkan layanan unggulan Bedah Orthopaedi dan Rehabilitasi Medis.
- 3) Melakukan inovasi yang terus menerus.
- 4) Meningkatkan kesejahteraan pihak-pihak yang berkepentingan.

Sebagai rumah sakit yang cukup besar Rumah Sakit Fatmawati menyediakan fasilitas pelayanan antara lain:

- 1) Instalasi Rawat Jalan, memberikan pelayanan spesialis dan sub spesialis.
- 2) Instalasi Rawat Inap, 537 tempat tidur terdiri atas VIP A 3 tempat tidur, VIP B 20 tempat tidur, Kelas Utama A 5 tempat tidur, Kelas Utama B 4 tempat tidur, Kelas Utama C 10 tempat tidur, kelas I 31 tempat tidur, Kelas II AC 62 tempat tidur, Kelas II Non AC 73 tempat tidur, Kelas III 294 tempat tidur, dan Ruang Bayi 45 boks bayi di IRNA A.
- 3) Instalasi Rawat Darurat (IRD), dilengkapi Radiologi, Laboratorium, Apotik 24 jam, dan Ruang Operasi (Cito).
- 4) Instalasi Rawat Intensif, terdiri atas ICU (*Intensif Care Unit*) 6 tempat tidur dan CEU (*Cardiac Emergency Unit*) 8 tempat tidur.
- 5) Instalasi Bedah Sentral.
- 6) Pelayanan Penunjang Medik.
- 7) Pelayanan Pemeliharaan Kesehatan.

Melihat begitu kompleksnya jenis pelayanan dan manajemen di Rumah Sakit Fatmawati, maka dalam menjalankan fungsi dan tugasnya dapat timbul masalah-masalah di dalam rumah sakit, misalnya masalah malpraktek dan etik yang tentunya membutuhkan wadah yang khusus

dalam menangani masalah tersebut. Rumah Sakit Fatmawati dalam penanggulangan masalah etik di rumah sakit telah membentuk Komite Etika dan Hukum pada tahun 1999, kedudukannya di bawah Direktur Utama namun sejajar dengan Komite Medik, Komite Keperawatan, Satuan Pengawasan Internal, dan Konsultan Internal. Sesuai dengan Keputusan Direksi Perusahaan Jawatan Rumah Sakit Fatmawati Nomor: OT.001.01.1.783 tanggal 19 Desember 2002 tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja Perusahaan Jawatan Rumah Sakit Fatmawati Bab IV Pasal 35 disebutkan bahwa Komite Etika dan Hukum:

- 1) adalah wadah untuk mengkoordinasikan penegakan etika dan hukum rumah sakit.
- 2) mempunyai fungsi dan wewenang mengusulkan penetapan etika dan hukum rumah sakit yang mengacu kepada etika PERSI dan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- 3) melakukan koordinasi pelaksanaan etika dan hukum perumahsakitan.
- 4) melakukan pendampingan masalah etika dan hukum yang terjadi di Rumah Sakit Fatmawati.
- 5) dapat meminta pertimbangan kepada pakar dan praktisi etika dan hukum atas persetujuan Direksi.
- 6) dibentuk dan ditetapkan oleh Direksi untuk masa 3 tahun.
- 7) dipimpin oleh seorang Ketua.
- 8) berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direksi.

Mengingat Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 924/MENKES/SK/XII/1986 serta banyaknya kasus-kasus keluhan masyarakat yang dilaporkan ke Departemen Kesehatan Republik Indonesia melalui Direktorat Jenderal Pelayanan Medik meliputi masalah kasus malpraktek dan masalah etik yang tidak dapat diselesaikan di beberapa rumah sakit, maka perlu dilakukan penelitian tentang penerapan Kode Etik Rumah Sakit Indonesia di rumah sakit.

Alasan Rumah Sakit Fatmawati dipilih sebagai tempat penelitian adalah selain sebagai pusat rujukan bagi rumah sakit di wilayah Jakarta



Selatan, Rumah Sakit Fatmawati juga berfungsi sebagai rumah sakit pendidikan sehingga diharapkan telah menerapkan Kode Etik Rumah Sakit Indonesia dengan sebaik-baiknya.

## **B. Perumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas, maka permasalahan yang timbul dirumuskan sebagai berikut, “Apakah Kode Etik Rumah Sakit Indonesia (KODERSI) telah diterapkan di Rumah Sakit Fatmawati?”

## **C. Keaslian Penelitian**

Selama ini banyak ditulis mengenai masalah etik kedokteran dan penelitian tentang etik dan komite etik yang dilakukan di luar negeri, beberapa penelitian yang ada hubungannya dengan masalah penerapan kode etik di rumah sakit antara lain:

- 1) Penelitian tentang komite etik dalam skala nasional dilakukan survey pada 1000 rumah sakit di Amerika, metode penelitian yang digunakan metode kuantitatif dengan maksud untuk melihat respon masyarakat terhadap rumah sakit, komite etik rumah sakit, proses kegiatan komite etik secara umum, aturan komite etik rumah sakit dalam menangani konsultasi kasus klinis dan pengembangan kebijakan rumah sakit. (McGee *et al.*, 1999)
- 2) Penelitian nasional tentang Konsultan Etika Klinik dilakukan secara deskriptif retrospektif, dilakukan pada beberapa rumah sakit di Amerika untuk melihat gambaran dari para konsultan etika (komite etik) dan proses yang mereka gunakan dalam menangani konsultasi kasus yang berkaitan dengan kematian. (Jurchak, 1994)

Penelitian-penelitian tersebut di atas dilakukan dengan membandingkan aktifitas komite etik dari berbagai rumah sakit, sedangkan pada penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan



UNIVERSITAS  
GADJAH MADA

**Penerapan kode etik rumah sakit Indonesia di Rumah Sakit Fatmawati Jakarta**

HARTANTI, Luki, dr. Tridjoko H, DTMH., M.Kes

Universitas Gadjah Mada, 2008 | Diunduh dari <http://etd.repository.ugm.ac.id/>

maksud untuk mengetahui penerapan Kode Etik Rumah Sakit Indonesia (KODERSI) di Rumah Sakit Fatmawati.

#### **D. Tujuan Penelitian**

##### **Tujuan umum**

Mengetahui penerapan Kode Etik Rumah Sakit Indonesia (KODERSI) di Rumah Sakit Fatmawati.

##### **Tujuan khusus**

Menganalisa penerapan KODERSI di Rumah Sakit Fatmawati, serta untuk mengetahui prosedur penyelesaian masalah etik di Rumah Sakit Fatmawati.

#### **E. Manfaat Penelitian**

Bagi Departemen Kesehatan dalam hal ini, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, hasil penelitian sebagai bahan masukan telah diterapkannya Kode Etik Rumah Sakit Indonesia (KODERSI) di Rumah Sakit Fatmawati.

Bagi Rumah Sakit, hasil penelitian dapat dipakai sebagai masukan bagi pihak manajemen Rumah Sakit Fatmawati dalam penerapan Kode Etik Rumah Sakit Indonesia (KODERSI) secara benar.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Rumah sakit adalah sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, dalam memberikan pelayanan kepada pasien, rumah sakit dan tenaga kesehatan harus sesuai dengan standar profesi serta memperhatikan norma etika dan hukum yang berlaku. Norma etika dan hukum ini yang mengatur hubungan antara pasien dan rumah sakit. Norma etika rumah sakit tersebut telah diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan R.I. Nomor: 924/MENKES/SK/XII/1986 yang menyatakan berlakunya Kode Etik Rumah Sakit Indonesia. Sesuai dengan peraturan tersebut di atas, bagi rumah sakit berlaku Kode Etik Rumah Sakit Indonesia (KODERSI) sedangkan bagi para dokter berlaku Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI). (Suratman, 1993)

#### **A. Etika dan Kode Etik**

##### **A.1. Etika**

Menurut berbagai literatur ada beberapa definisi mengenai etika seperti yang tercantum di dalam Kode Etik Rumah Sakit Indonesia (KODERSI) bahwa etika adalah norma-norma akhlak atau moral yang berlaku dalam kehidupan manusia bermasyarakat. (PERSI, 2001)

Petunjuk Pelaksanaan Majelis Pembinaan dan Pengawasan Etika Pelayanan Medis (Depkes, 1992) menyebutkan bahwa etika adalah norma-norma yang disepakati bersama yang berlaku dalam sekelompok masyarakat tentang apa yang baik dan apa yang tidak baik. Etika merupakan panduan bagi anggota kelompok tersebut dalam menjalankan pekerjaan profesinya dan juga menjadi suatu parameter atau ukuran untuk



menilai seorang anggota kelompok tersebut sesuai atau telah terjadi penyimpangan dari norma yang berlaku.

Menurut Samil (2002), etika adalah usaha mengadakan refleksi yang tertib mengenai gerakan atau intuisi moral dan pilihan moral yang seseorang putuskan, atau menurut Hasbullah cit Suratman (1993), etika adalah ilmu yang menyelidiki mana yang baik dan mana yang buruk dengan melihat pada amal perbuatan manusia sejauh dapat diketahui akal pikiran. Definisi lain menurut Kamus Umum Bahasa Indonesia sebagai berikut: etika adalah ilmu tentang apa yang baik dan apa yang buruk dan tentang hak dan kewajiban moral (akhlak). (Suratman, 1993)

Di rumah sakit, masalah etik murni yang menyangkut rumah sakit sebagai suatu institusi adalah mengenai masalah-masalah yang umumnya menyangkut kebiasaan, sopan santun, dan yang tidak atau belum sampai menyentuh bidang hukum, misalnya pemasangan iklan rumah sakit yang menyolok, iklan terselubung kerjasama majalah dengan dokter, mendiskreditkan rumah sakit lain, menolak pasien tidak mampu dengan alasan penuh. (Guwandi, 1991)

Etika rumah sakit adalah etika institusi, jadi kewajiban dan tanggung jawab itu adalah intitusional bukan individual, namun eksekutif puncak rumah sakit sebagai pejabat yang oleh pemilik melalui *Governing Body* diberi kekuasaan dan tanggung jawab moral mengelola rumah sakit, dengan sendirinya adalah penanggung jawab moral dan etika institusional. (Jacobalis, 2004a)

## A.2. Kode Etik

Menurut PERSI (2001), kode etik adalah rangkuman norma-norma akhlak yang dikodifikasikan oleh kelompok profesi tertentu dan diberlakukan secara khusus kalangan para anggota kelompok tersebut. Sampurna (2002) menyatakan, dalam penerapannya kode etik rumah sakit lebih ditujukan untuk memberi pedoman bagi rumah sakit tentang bagaimana harus bertindak, agar selalu bertindak etis dan tidak sekedar



mentati peraturan perundang-undangan. Sikap etis tersebut adalah sikap tindak yang didasarkan kepada nilai-nilai keutamaan dalam berhubungan dengan sesama.

Menurut Pritchard (1996), kode etik digunakan oleh lembaga profesional yang mengatur dirinya sendiri (profesinya) untuk mengkomunikasikan kebutuhan mereka kepada para anggotanya. Kode etik dalam fungsinya yang utama adalah mempunyai kemampuan untuk mendorong anggotanya untuk berperilaku moral lebih baik dalam menjalankan kewajiban mereka.

Jika terjadi pelanggaran etik di rumah sakit, maka koreksi dapat dilakukan dari dua aspek, yaitu aspek manajemen dan aspek pertanggungjawaban pelaksananya. Aspek manajemen biasanya berorientasi prospektif (sebagai upaya koreksi untuk merevisi perangkat lunak atau manajemen yang sesuai dengan kode etik rumah sakit). Aspek pertanggungjawaban pelaksananya adalah upaya untuk meminta pertanggungjawaban dari profesional yang secara sengaja atau lalai telah melakukan pelanggaran etik rumah sakit. (Sampurna, 2002)

## **B. Kode Etik Rumah Sakit Indonesia (KODERSI)**

### **B.1. Pengertian KODERSI**

Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) sebagai lahan pengembangan dan pengabdian profesi dalam bidang perumahsakitannya didirikan pada tanggal 11 April 1978 di Jakarta, merupakan mitra pemerintah khususnya di bidang perumahsakitannya, bersama anggotanya telah menyusun suatu pedoman yaitu Kode Etik Rumah Sakit Indonesia (KODERSI) yang memuat rangkuman nilai-nilai dan norma-norma perumahsakitannya Indonesia untuk dijadikan pedoman dan pegangan bagi segenap insan perumahsakitannya yang secara langsung maupun tidak langsung terlibat dan berkepentingan dengan



penyelenggaraan dan pengelolaan rumah sakit di Indonesia. (PERSI, 2001)

Kode Etik Rumah Sakit Indonesia (KODERSI) secara sistematis terdiri atas: 6 Bab dan 23 Pasal, meliputi:

- 1) Mukadimah
- 2) Kewajiban Umum Rumah Sakit
- 3) Kewajiban Rumah Sakit terhadap Masyarakat dan Lingkungan
- 4) Kewajiban Rumah Sakit terhadap Pasien
- 5) Kewajiban Rumah Sakit terhadap Pimpinan, Staf, dan Karyawan
- 6) Hubungan Rumah Sakit dengan Lembaga Terkait
- 7) Bab-bab lain khususnya mengenai pemasaran rumah sakit

Kewajiban umum rumah sakit sebagaimana tertuang dalam KODERSI Bab I yang terdiri atas 5 pasal disebutkan bahwa:

- a) Pasal 1: Rumah Sakit harus mentaati KODERSI.
- b) Pasal 2: Rumah Sakit harus mengawasi serta bertanggung jawab terhadap semua kejadian di rumah sakit.
- c) Pasal 3: Rumah Sakit harus mengutamakan pelayanan yang baik dan bermutu secara berkesinambungan serta tidak mendahulukan urusan biaya.
- d) Pasal 4: Rumah Sakit harus memelihara semua catatan/arsip baik medik maupun non medik secara baik.
- e) Pasal 5: Rumah Sakit harus mengikuti perkembangan dunia perumahsakit.

Kewajiban Rumah Sakit terhadap masyarakat dan lingkungan sebagaimana tertuang dalam KODERSI Bab II yang terdiri atas 3 pasal disebutkan bahwa:

- a) Pasal 6: Rumah Sakit harus jujur dan terbuka, peka terhadap saran dan kritik masyarakat dan berusaha agar pelayanannya menjangkau di luar rumah sakit.



- b) Pasal 7: Rumah Sakit harus senantiasa menyesuaikan kebijakan pelayanannya pada harapan dan kebutuhan masyarakat setempat.
- c) Pasal 8: Rumah Sakit dalam menjalankan operasionalnya bertanggung jawab terhadap lingkungan agar tidak terjadi pencemaran yang merugikan masyarakat.

Kewajiban rumah sakit terhadap pasien sebagaimana tertuang dalam KODERSI Bab III yang terdiri atas 4 pasal disebutkan bahwa:

- a) Pasal 9: Rumah Sakit harus mengindahkan hak-hak asasi pasien.
- b) Pasal 10: Rumah Sakit harus memberikan penjelasan apa yang diderita pasien dan tindakan apa yang hendak dilakukan.
- c) Pasal 11: Rumah Sakit harus meminta persetujuan pasien (*informed consent*) sebelum melakukan tindakan medik.
- d) Pasal 12: Rumah Sakit berkewajiban melindungi pasien dari penyalahgunaan teknologi kedokteran.

Kewajiban Rumah Sakit terhadap pimpinan, staf, dan karyawan sebagaimana tertuang dalam KODERSI Bab IV yang terdiri atas 6 pasal disebutkan bahwa:

- a) Pasal 13: Rumah Sakit harus menjamin pimpinan, staf, dan karyawannya senantiasa mematuhi etika profesi masing-masing.
- b) Pasal 14: Rumah Sakit harus mengadakan seleksi tenaga staf dokter, perawat dan tenaga lainnya berdasarkan nilai, norma, dan standar ketenagaan.
- c) Pasal 15: Rumah Sakit harus menjamin agar koordinasi serta hubungan yang baik antara seluruh tenaga di rumah sakit dapat terpelihara.
- d) Pasal 16: Rumah Sakit harus memberi kesempatan kepada seluruh tenaga rumah sakit untuk meningkatkan dan menambah ilmu pengetahuan serta ketrampilannya.



- e) Pasal 17: Rumah Sakit harus mengawasi agar penyelenggaraan pelayanan dilakukan berdasarkan standar profesi yang berlaku.
- f) Pasal 18: Rumah Sakit berkewajiban memberi kesejahteraan kepada karyawan dan menjaga keselamatan kerja sesuai dengan peraturan yang berlaku.

Hubungan Rumah Sakit dengan lembaga terkait sebagaimana tertuang dalam KODERSI Bab V yang terdiri atas 4 pasal disebutkan bahwa:

- a) Pasal 19: Rumah Sakit harus memelihara hubungan baik dengan pemilik berdasarkan nilai-nilai dan etika yang berlaku di masyarakat Indonesia.
- b) Pasal 20: Rumah Sakit harus memelihara hubungan baik antar rumah sakit dan menghindari persaingan yang tidak sehat.
- c) Pasal 21: Rumah Sakit harus menggalang kerjasama yang baik dengan instansi atau badan lain yang bergerak di bidang kesehatan.
- d) Pasal 22: Rumah Sakit harus berusaha membantu kegiatan pendidikan tenaga kesehatan dan penelitian dalam bidang ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran dan kesehatan.

Bab lain-lain khususnya mengenai pemasaran rumah sakit sebagaimana tertuang dalam KODERSI Bab VI disebutkan dalam 1 pasal (Pasal 23) bahwa: Rumah Sakit dalam melakukan promosi pemasaran harus bersifat informatif, tidak komparatif, berpijak pada dasar yang nyata, tidak berlebihan, dan berdasarkan Kode Etik Rumah Sakit Indonesia.

Pada Kode Etik Rumah Sakit Indonesia yang disusun oleh PERSI, selain dalam bentuk pasal-pasal agar mudah dihayati dan diamalkan dalam penyelenggaraan dan pengelolaan perumahsakitian disertai pula dengan petunjuk pelaksanaan, di dalamnya terdapat uraian tentang Badan-badan Etik Rumah Sakit Indonesia yang terdiri atas:



- a) Di tingkat PERSI Pusat dibentuk Majelis Kehormatan Etik Rumah Sakit Indonesia Pusat (MAKERSI Pusat).
- b) Di tingkat PERSI Cabang dibentuk Majelis Kehormatan Etik Rumah Sakit Indonesia Cabang (MAKERSI Cabang).
- c) Di tingkat Rumah Sakit dibentuk Komite Etik Rumah Sakit (KERS).

Nilai-nilai yang terkandung dalam KODERSI merupakan nilai-nilai etik yang identik dengan nilai-nilai akhlak atau moral, yang mutlak dipergunakan guna melandasi dan menunjang nilai-nilai atau kaidah-kaidah lainnya dalam bidang perumahsakit, guna tercapainya pemberian pelayanan kesehatan oleh rumah sakit yang baik, bermutu, dan profesional. (PERSI, 2001)

## B.2. Komite Etik Rumah Sakit (KERS)

Menurut PERSI (2001), agar KODERSI dapat diselenggarakan di rumah sakit perlu dibentuk wadah di rumah sakit. Struktur organisasi dan nama wadah tersebut adalah Komite Etik Rumah Sakit (KERS), yang merupakan badan otonom dan berfungsi sebagai penasehat pimpinan rumah sakit, serta berkewajiban membantu pimpinan rumah sakit yang bersangkutan. Pembentukan KERS dilaksanakan oleh Pimpinan/Direktur rumah sakit, ketua dan anggota diangkat untuk masa bakti tertentu. KERS sekurang-kurangnya terdiri atas 7 (tujuh) orang yakni: Ketua, Wakil Ketua, seorang Sekretaris, dan 2 orang anggota. Keanggotaan Badan-badan Etik Rumah Sakit sedikitnya harus mewakili profesi-profesi manajemen rumah sakit, kedokteran, keperawatan, hukum kesehatan, dan lain-lain.

Untuk dapat dipilih atau ditunjuk sebagai anggota Badan Etik Rumah Sakit, memiliki syarat-syarat berikut:

- 1) Berjiwa Pancasila.
- 2) Memiliki kepribadian, integritas, dan kredibilitas sosial dan profesional yang tinggi.



- 3) Memiliki kepekaan dan responsif terhadap perkembangan sosial, lingkungan, nilai-nilai moral dan kemanusiaan, serta perkembangan keilmuan dan teknologi.
- 4) Memiliki kepribadian dan pengalaman dibidang perumahsakitan, yang meliputi berbagai profesi.
- 5) Anggota KERS tidak dibenarkan merangkap dengan jabatan-jabatan struktural di rumah sakit.
- 6) Pimpinan rumah sakit yang kebetulan duduk sebagai Anggota Badan Etik Rumah Sakit, apabila rumah sakit yang dipimpinnya atau dirinya terlibat atau diadukan maka ia tidak boleh diikutsertakan dalam sidang-sidang Badan Etik Rumah Sakit yang membahas permasalahan tersebut.

Menurut Thomasma and Monagle (1998), keanggotaan komite etik harus mewakili nilai-nilai perspektif yang luas, keahlian profesional, dan wakil masyarakat yang terdiri atas:

- 1) Staf Medis: staf dari area spesialisik, misalnya kebidanan, bedah, syaraf, onkologi, psikiatri, dan lain-lain.
- 2) Staf Keperawatan: pimpinan keperawatan, perawat kepala ruang operasi, perawat kepala unit gawat darurat.
- 3) Seorang Administrator: ahli administrasi yang cakap dan menaruh perhatian terhadap masalah etika, sensitif terhadap tanggung jawab staf medis, hak-hak pasien, pekerja, dan masyarakat.
- 4) Perwakilan dari Dinas Sosial.
- 5) Pemuka Agama atau Ahli Bio-Etika.
- 6) Seorang Anggota Dewan Direksi Rumah Sakit

Di dalam prakteknya komite etik di rumah sakit sering disalah artikan dengan komite medik di rumah sakit atau dengan panitia etik di dalam komite medik. Tidak banyak rumah sakit yang mengembangkan komite etik dengan peran dan fungsi sebagaimana yang diharapkan. Komite etik seharusnya tidak hanya memeriksa kasus-kasus pelanggaran



etika rumah sakit, melainkan juga berfungsi sebagai upaya pencegahan daripada upaya penanganan kasus. (Sampurna, 2002)

### B. 3. Peran Komite Etik

Di dalam Petunjuk Pelaksanaan KODERSI (PERSI, 2001) disebutkan pada Bab III Pasal 11 tentang Pembinaan KODERSI, bahwa KERS merupakan pemeran utama dan ujung tombak dalam hal penerapan KODERSI di rumah sakit yang mempunyai peran dan tanggung jawab sebagai berikut:

- 1) Pembinaan terhadap rumah sakit sebagai suatu lembaga, lewat manajemen rumah sakit.
- 2) Pembinaan terhadap insan-insan rumah sakit secara komprehensif dan berkelanjutan agar setiap insan rumah sakit mampu menghayati dan mengamalkan KODERSI sesuai peran dan tanggung jawab masing-masing di rumah sakit.
- 3) Memberi saran, nasehat, dan pertimbangan kepada pimpinan dan pemilik rumah sakit agar setiap langkah kebijakan keputusannya tidak menyimpang dari nilai-nilai KODERSI.
- 4) Dalam hal menyangkut atau melibatkan tenaga profesi di rumah sakit, KERS wajib mengadakan koordinasi dan kerjasama yang baik dengan kelompok profesi di rumah sakit tanpa mengurangi kemandirian dari profesi tersebut.
- 5) Hubungan dengan MAKERSI Cabang merupakan hubungan fungsional, ialah:
  - a. KERS dapat meminta saran, pendapat, atau nasehat dari MAKERSI Cabang dalam menghadapi keraguan atau kesulitan.
  - b. KERS wajib memberikan laporan kepada MAKERSI Cabang mengenai pelaksanaan KODERSI di rumah sakit.

Menurut DeBlois *et al.* (1994), komite etik rumah sakit memiliki 6 fungsi penting antara lain:

- 1) Membahas kasus untuk memastikan diagnosis dan prognosis yang dibuat dokter.
- 2) Membahas keputusan yang dibuat dokter atau keluarga tentang tindakan tertentu.
- 3) Membuat keputusan tentang tindakan yang tepat bagi pasien yang inkompeten.
- 4) Menyediakan program pendidikan bagi staf tentang bagaimana mengenali dan menyelesaikan isu etik.
- 5) Menyusun kebijakan yang harus diikuti oleh staf dalam kasus tertentu yang sulit.
- 6) Berperan sebagai konsultan bagi para dokter, pasien atau keluarganya dalam membuat keputusan etis yang khusus atau tertentu.

Menurut Thomasma and Monagle (1998), peranan komite etik sebagai berikut:

- 1) **Pendidikan.** Pendidikan staf rumah sakit mengenai masalah-masalah pengambilan keputusan etis dan mengenai bagaimana mendayagunakan komite etik rumah sakit.
- 2) **Diskusi Multidisiplin.** Menyediakan sebuah wadah untuk partisipasi antar disiplin dalam rangka klarifikasi dan prioritasasi untuk menyelesaikan konflik.
- 3) **Alokasi Sumber Daya.** Mengajukan kebijakan alokasi dalam rumah sakit untuk memelihara kualitas perawatan dalam menghadapi permasalahan penekanan biaya.
- 4) **Komitmen Institusional.** Mengekspresikan semangat dari rumah sakit berkaitan dengan misi, filosofi, citra, dan identitas (seringkali diterapkan pada rumah sakit swasta atau agama).
- 5) **Formulasi Kebijakan.** Mengembangkan kebijakan dan pedoman mengenai permasalahan etika.

**6) Konsultasi.** Membantu para dokter dalam membuat keputusan yang sulit.

Menurut Nadapdap (2003), keberadaan Komite Etika dan Hukum di Rumah Sakit Fatmawati merupakan awal dalam penegakkan etika dan hukum sehingga pelanggaran etika-hukum dapat diminimalkan, dan dalam melaksanakan fungsinya Komite Etika dan Hukum melakukan koordinasi pelaksanaan etika dan hukum dengan satuan kerja atau kelompok profesi terkait.

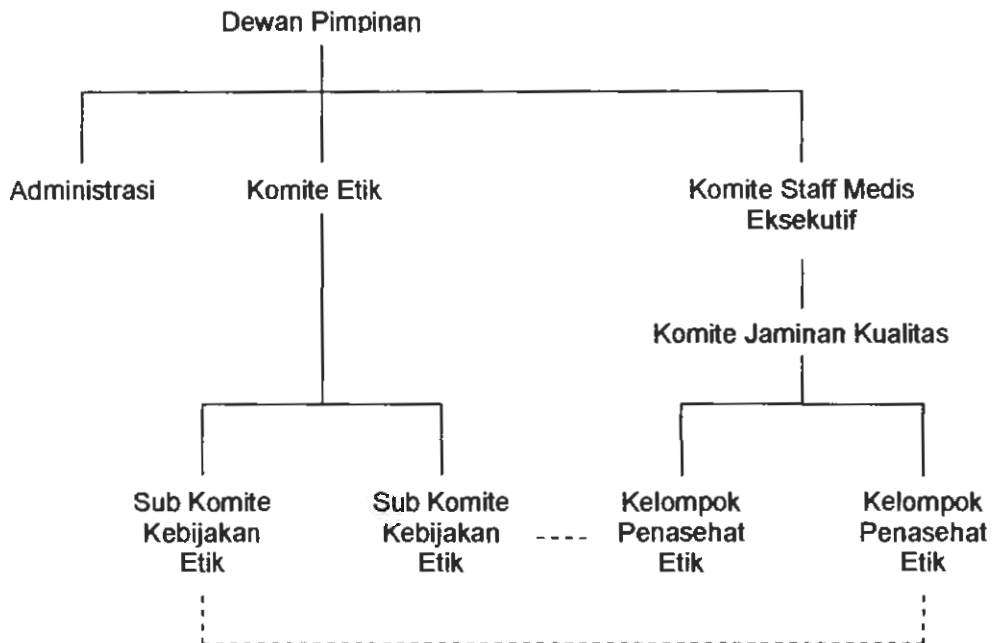
Walaupun ada berbagai pendapat tentang komite etik, yang terpenting dalam hal penanganan masalah etik adalah komite etik bertujuan membantu dokter dan pasien untuk menyatukan pemikiran dan pendapat mereka. (DeBlois *et al.*, 1994)

#### B.4. Struktur Organisasi Komite Etik Rumah Sakit

Komite etik rumah sakit sepenuhnya merupakan organisasi rumah sakit, dibentuk oleh pimpinan atau pemilik rumah sakit, dan bertanggung jawab kepada pimpinan atau pemilik rumah sakit, hanya secara fungsional pembinaannya oleh Majelis Kehormatan Etik Rumah Sakit Indonesia (MAKERSI). (PERSI, 2001)

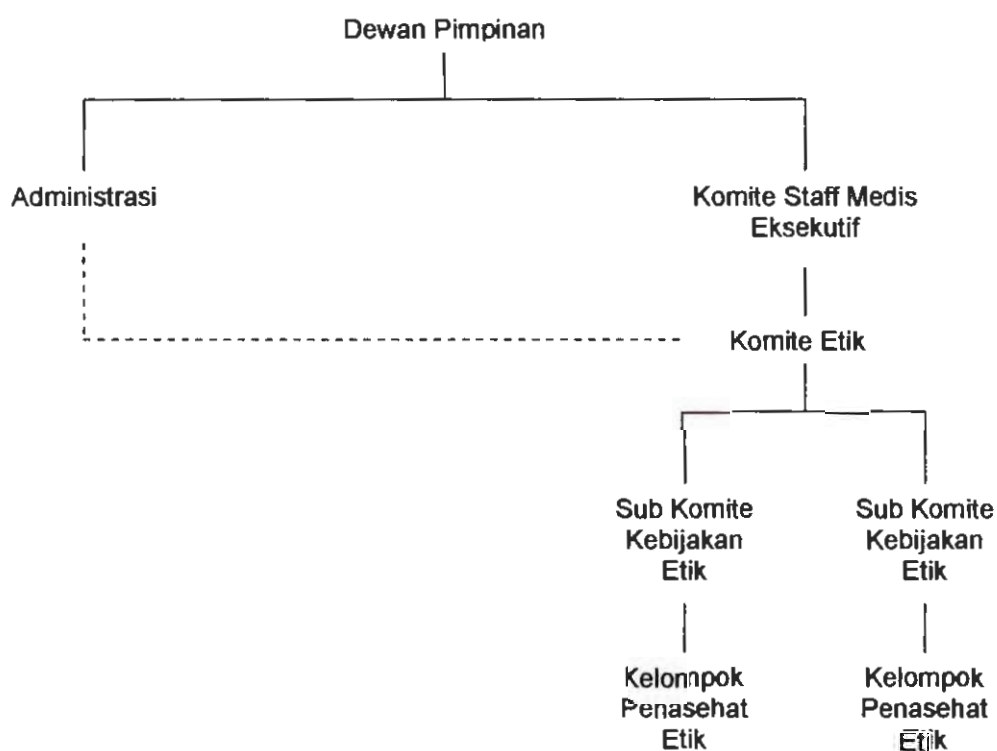
Menurut Thomasma and Monagle (1998), ada 3 struktur untuk komite etik, masing-masing ditentukan oleh bagian dari rumah sakit yang memegang otorita pelaksanaannya, yaitu:

- 1) **Model Dewan Pimpinan.** Komite etik dalam hal konsultasi dengan komite staf eksekutif dan administrasi rumah sakit membentuk sub komite kebijakan etik untuk menganalisa informasi yang ada, rekomendasi kebijakan dari sub komite kemudian diteliti oleh komite etik dan diteruskan untuk diadopsi oleh dewan pimpinan untuk dijadikan kebijakan rumah sakit, administrasi rumah sakit dan komite staff medis eksekutif ikut serta meneliti ulang dan menyetujui suatu kebijakan. Komite etik bersifat terbuka kepada pasien dan masyarakat dalam hal informasi, diskusi, dan rekomendasi.



**Gambar 1**  
**Struktur Komite Etik Model Dewan Pimpinan**  
 (Thomasma & Monagle, 1998)

- 2) **Model Organisasi Medis.** Komite etik dapat melindungi sepenuhnya catatan dan rancangan dari sub komite tentang kebijakan etiknya, memberikan informasi lebih sedikit daripada Model Dewan Pimpinan dan kurang berinteraksi dengan masyarakat.

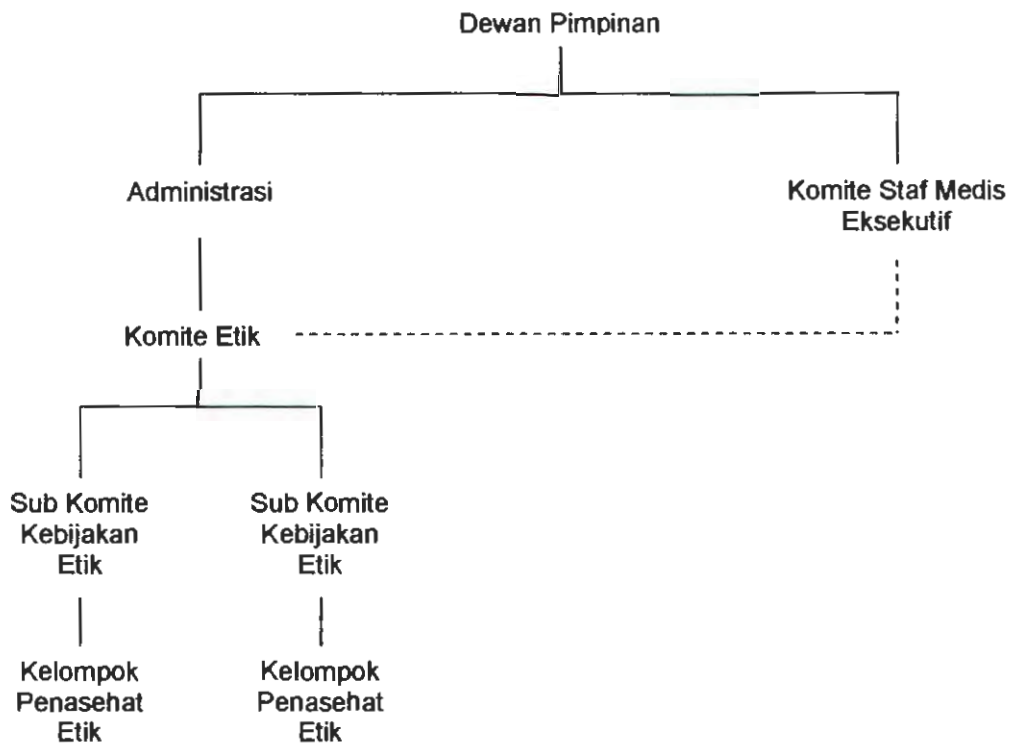


Gambar 2

Struktur Komite Etik Model Organisasi Medis  
(Thomasma & Monagle, 1998)



- 3) **Model Administrasi.** Komite etik walaupun tidak melindungi penemuan tapi lebih responsif terhadap kontrol manajemen dari keefektifan biaya dan dalam manajemen risiko serta penerapan profesionalisme dari kebijakan etik rumah sakit.



**Gambar 3**  
**Struktur Komite Etik Model Administrasi**  
(Thomasma & Monagle, 1998)



Struktur organisasi Komite Etika dan Hukum terdapat pada Kebijakan Tentang Komite Etika dan Hukum RSUP Fatmawati nomor: HK.00.07.1.121 tanggal 1 Mei 2003 dan telah dilakukan revisi pertama dengan nomor dokumen HK.00.07.1.357 tanggal 12 Februari 2004, sebagai berikut:



Gambar 4

Struktur Organisasi Komite Etika dan Hukum RS Fatmawati

### B.5. Pengambilan Keputusan Etik

Menurut DeBlois *et al.* (1994), pengambilan keputusan etik dalam pelayanan kesehatan merupakan proses sulit dan membutuhkan waktu yang cukup lama, serta diagnosis dan prognosis harus diketahui, padahal seringkali diagnosis dan prognosis tidak bisa dipastikan sehingga ketidakpastian menjadi faktor penyebab sulitnya mengambil keputusan yang etik.



Maka dalam mengambil keputusan etik yang berkaitan dengan masalah kesehatan hal-hal yang dipakai pertimbangan adalah:

- 1) Memperhatikan fakta-fakta medis yang mempengaruhi kebutuhan dasar pasien.
- 2) Memperhatikan konflik dalam memenuhi kebutuhan, bila tidak ada konflik kemungkinan tidak ada masalah etika.
- 3) Memperhatikan berbagai pilihan dalam memenuhi kebutuhan pasien. Jika sebuah konflik muncul berkaitan dengan kebutuhan pasien, konsultasi dengan pasien atau penanggung jawabnya.
- 4) Mengikuti prinsip moral dari *informed consent*, tentukan pilihan bersama pasien atau penanggung jawabnya, di tempat dan saat itu juga, yang dapat memenuhi kebutuhan pasien sewajarnya serta gunakan prinsip-prinsip etika.
- 5) Secara moral yakin bahwa pilihan yang diambil adalah sebuah keputusan yang baik, jika pilihan meragukan maka membandingkannya dengan kasus lain dan mendiskusikan dengan pihak lain.

Menurut Lo (1987), dalam rangka membantu dalam membuat keputusan, maka rekomendasi-rekomendasi dan alasan-alasan komite etik harus diketahui semua pihak, namun dengan adanya tekanan-tekanan terhadap komite etik dari suatu kelompok (dokter yang merawat, perawat, administrator, dan manajemen) untuk mencapai persetujuan dan kemungkinan menghasilkan rekomendasi-rekomendasi yang secara etik patut dipertanyakan. Sehingga untuk mengurangi tekanan dan pemikiran kelompok, Komite Etik dapat mengambil langkah-langkah:

- 1) Menjaga agar tidak terjadi kesepakatan prematur
- 2) Meneliti semua informasi sekunder yang mereka terima
- 3) Mencari cara-cara inovatif untuk menyelesaikan perselisihan.

## **C. Evaluasi**

### **C.1. Pengertian Evaluasi**

Menurut Marsaban and *Survey Research Indonesia* (SRI) (1997), Perkumpulan Ahli Kesehatan Masyarakat Amerika (*American Public Health Association*) memberikan definisi konseptual dan operasional dari evaluasi sebagai berikut, "Evaluasi ialah suatu proses menentukan nilai atau besarnya sukses dalam mencapai tujuan yang sudah ditetapkan sebelumnya". Proses ini paling sedikit mencakup langkah-langkah, yaitu memformulasikan tujuan, mengidentifikasi kriteria yang tepat yang akan dipakai mengukur sukses, menentukan dan menjelaskan besarnya sukses, dan rekomendasi untuk kegiatan program selanjutnya. Klineberg cit Marsaban (1997) mendefinisikan evaluasi sebagai suatu proses yang memungkinkan administrator mengetahui hasil programnya, dan berdasarkan hal tersebut mengadakan penyesuaian-penyesuaian untuk mencapai tujuan secara efektif.

### **C.2. Hubungan Nilai (*Value*) dengan Proses Evaluasi**

Nilai adalah suatu aspek dari situasi, kejadian, materi atau individu yang ditentukan atas dasar kepentingan yang memberi nilai, maka akan ada individu yang baik, buruk, dan sebagainya. Atas dasar nilai ini biasanya orang menentukan prioritas. Jadi nilai sangat berpengaruh terhadap penentuan tujuan dalam program-program kesehatan masyarakat. Proses evaluasi digambarkan sebagai lingkaran yang berawal dari pembentukan nilai dan kembali lagi ke titik tersebut.



Gambar 5

Proses Evaluasi (Marsaban & SRI, 1997)

### C.3. Pendekatan dan Tipe Evaluasi

Menurut Marsaban and SRI (1997), ada 2 pendekatan pokok dalam evaluasi program yaitu:

#### 1) Evaluasi Formatif (*Formative Evaluation*).

Suatu evaluasi yang dilaksanakan pada tahap pengembangan program, jadi sebelum program dimulai. Evaluasi ini menghasilkan informasi yang akan dipergunakan untuk mengembangkan program, agar program bisa lebih sesuai dengan situasi dan kondisi sasaran.

Bentuk Evaluasi Formatif antara lain:

- a) Analisis data epidemiologis
- b) Tinjauan kepustakaan
- c) Analisis data demografis dan psikografis



- d) *Focused Group Discussion* (FGD)
  - e) Analisa data marketing
  - f) Uji coba konsep, pesan, dan saluran komunikasi dengan konsumen
  - g) Mencoba strategi untuk sekelompok kecil sasaran sebelum diterapkan lebih luas.
- 2) *Evaluasi Sumatif (Summative Evaluation)*.
- Suatu evaluasi yang memberikan ringkasan dari pernyataan efektifitas suatu program kesehatan selama kurun waktu tertentu. Hal ini memungkinkan pengambil keputusan merencanakan dan mengalokasikan sumber daya.
- Selain evaluasi pendekatan evaluasi formatif dan evaluasi sumatif di atas, ada 4 tipe pokok evaluasi program yaitu:
- 1) *Evaluasi Input (Inputs Evaluation)*.

Suatu evaluasi yang dilaksanakan sesudah program selesai atau sesudah tahap program selesai.

  - 2) *Evaluasi Proses (Process Evaluation)*.

Suatu proses yang memberikan gambaran tentang apa yang sedang berlangsung dalam suatu program dan memastikan ada dan terjangkaunya elemen-elemen fisik dan struktural dari program.

  - 3) *Evaluasi Hasil (Outcome Evaluation)*.

Suatu evaluasi yang menilai perubahan-perubahan atau perbaikan dalam hal morbiditas, mortalitas atau indikator status kesehatan lainnya untuk sekelompok penduduk tertentu.

  - 4) *Evaluasi Dampak (Impact Evaluation)*.

Suatu evaluasi yang melihat secara keseluruhan efektifitas program dalam menghasilkan perubahan pengetahuan, sikap, dan perilaku pada target sasaran.

## **D. Landasan Teori**

Menurut Jacobalis (2003), konsep *Corporate Governance* dan *Clinical Governance* baru dikembangkan dan diterapkan sejak tahun 1998 oleh *National Health Service* (NHS) Inggris, konsep ini dikembangkan karena menjelang tahun tersebut ada kecenderungan peningkatan kasus tuntutan hukum terhadap dokter dan rumah sakit di bawah naungan NHS. Dilaporkan jumlah kasus kesalahan tindakan medis yang sampai merugikan pasien mencapai 325.000 kasus per tahun, di antaranya terjadi 42.000 kasus kematian dan 22.750 kasus cacat permanen. Pendapat umum adalah bahwa tuntutan mediko-legal hanyalah akibat, sedangkan akar masalah adalah rendahnya mutu pelayanan kesehatan oleh rumah sakit.

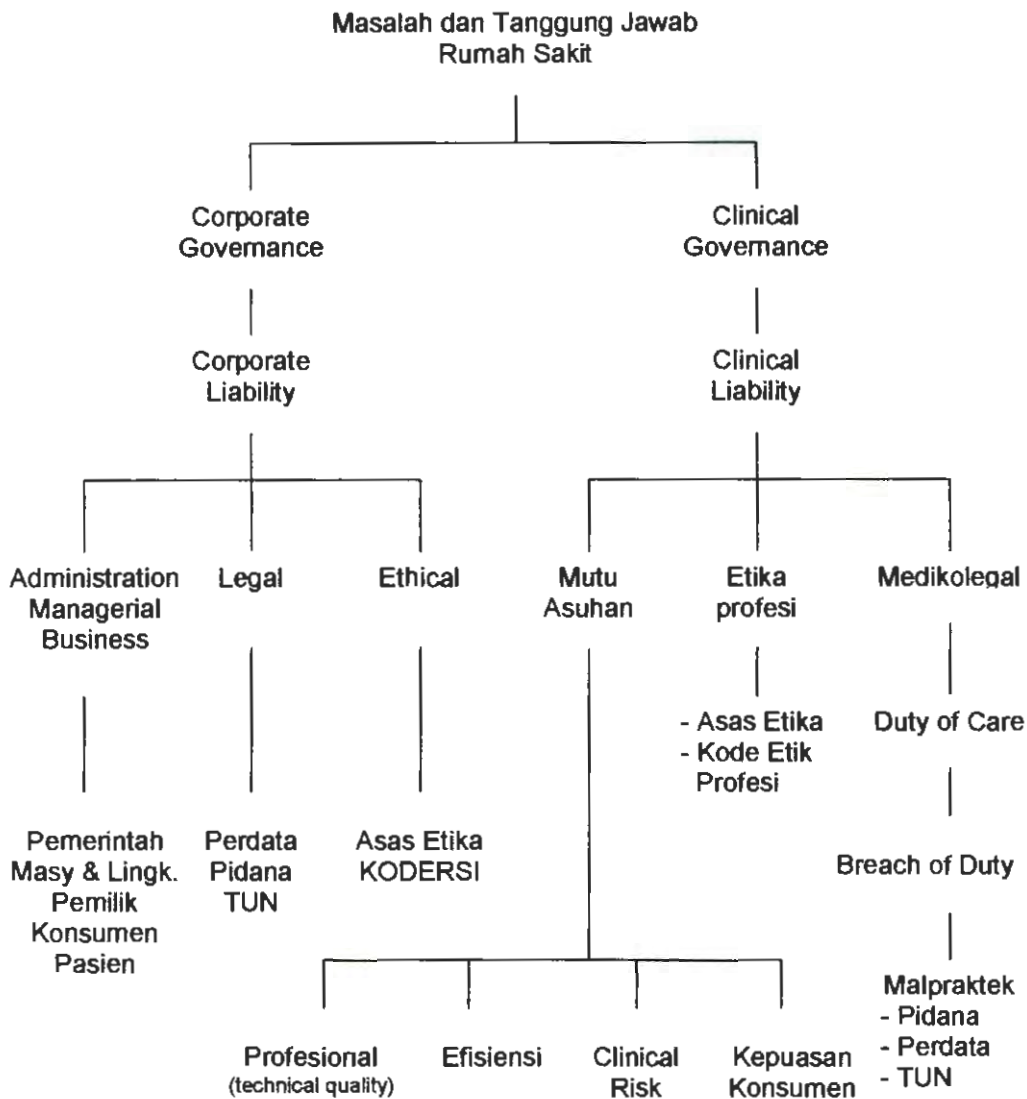
Akibat rendahnya mutu pelayanan kesehatan, maka dituntut dilaksanakannya *Good Clinical Governance* oleh rumah sakit, sedangkan di dunia industri dan bisnis dilaksanakan *Good Corporate Governance*. Masalah dan tanggung jawab rumah sakit sangat terkait dengan *Corporate Governance* dan *Clinical Governance*.

Salah satu faktor kunci dalam pengembangan pelayanan rumah sakit di dalam Pedoman Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit (Depkes, 1994) adalah bagaimana meningkatkan mutu pelayanan medik, karena mutu pelayanan medik merupakan indikator penting, baik buruknya pelayanan rumah sakit, disisi lain mutu sangat terkait dengan *safety* (keselamatan). Pengembangan upaya peningkatan mutu pelayanan pada saat ini mengarah kepada *patient safety* yaitu keselamatan dan keamanan pasien.

Upaya peningkatan mutu dapat dilaksanakan melalui *clinical governance*, secara sederhana *Clinical Governance* adalah suatu cara (sistem) upaya menjamin dan meningkatkan mutu pelayanan secara sistematis dan efisien dalam organisasi rumah sakit.



Tujuan dari *Clinical Governance* menurut Jacobalis (2004b) adalah mewujudkan asuhan klinis dengan mutu dan standar tertinggi. Di dalam mewujudkan asuhan klinis yang bermutu, ada keterkaitan dengan mutu asuhan klinis yang profesional (*technical quality*), efisiensi dalam pemanfaatan sumber daya kesehatan, menjalankan program manajemen resiko untuk menjaga keamanan dan memenuhi kepuasan pasien, menerapkan etika profesi (meliputi asas etika dan kode etik profesi) dan mediko-legal (meliputi *Duty of Care*, *Breach of Duty*, malpraktek). Pada pelaksanaan *Corporate Governance* meliputi aspek administrasi, legal, dan etika institusi (meliputi asas etika dan kode etik rumah sakit). Di dalam aspek administrasi atau manajerial terhadap pemerintah, pemilik, masyarakat, konsumen internal dan eksternal, rumah sakit memiliki kewajiban untuk memberikan pelayanan dengan baik.



**Gambar 6**  
Skema Masalah dan Tanggung Jawab Rumah Sakit  
(Jacobalis, personal communication, October 2003)

Definisi mutu pelayanan rumah sakit menurut Depkes (1994), adalah derajat kesempurnaan pelayanan rumah sakit untuk memenuhi kebutuhan masyarakat konsumen akan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di rumah sakit secara wajar, efisien, dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai dengan

norma, etika, hukum, dan sosio budaya dengan memperhatikan keterbatasan serta kemampuan pemerintah dan masyarakat konsumen.

Upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit bisa dilaksanakan melalui pendekatan program *Quality Assurance* (jaminan kualitas), Akreditasi, *Total Quality Management*, *Clinical Risk Management* (manajemen resiko klinis), Audit Medik, Audit Etik, *Hospital bylaws* (peraturan internal rumah sakit), *Medical staff bylaws* (peraturan internal staf medis), serta penerapan KODEKI (Kode Etik Kedokteran Indonesia) dan KODERSI (Kode Etik Rumah Sakit Indonesia).

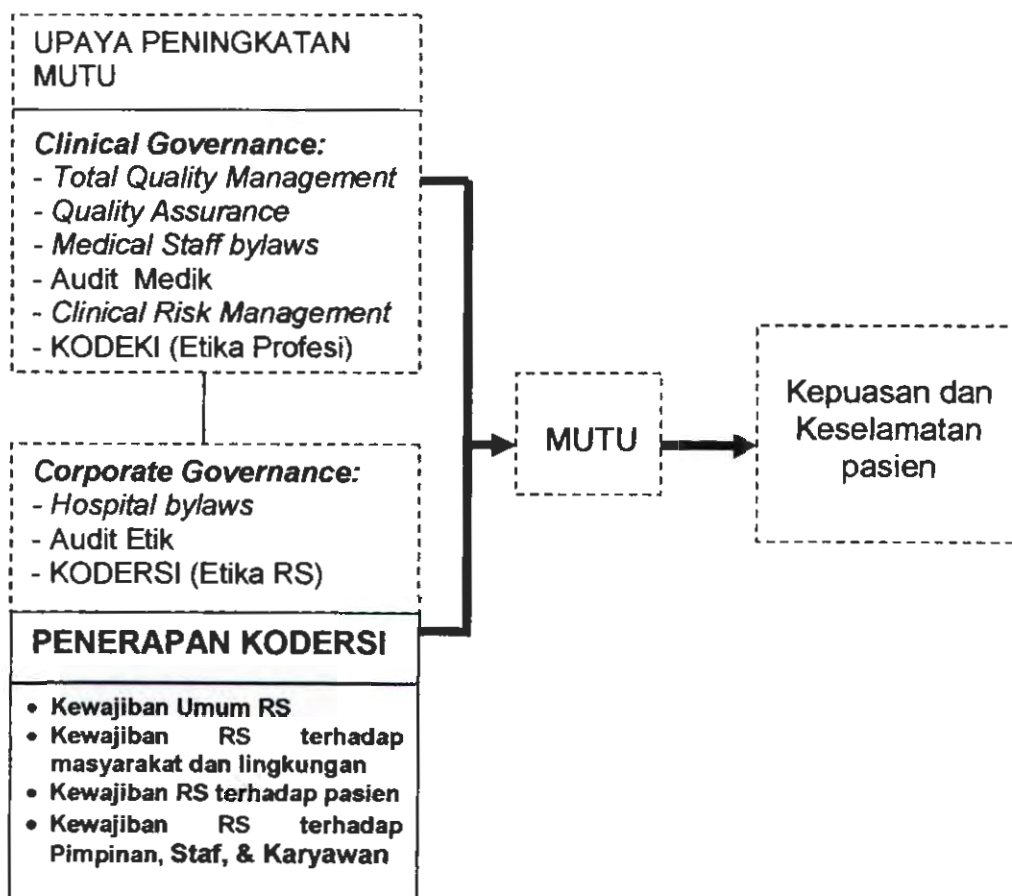
Menurut Firmanda (2004), *Total Quality Management* (TQM) adalah suatu cara pendekatan organisasi dalam upaya meningkatkan efektivitas, efisiensi, dan responsif organisasi dengan melibatkan seluruh staf/karyawan dalam segala proses aktivitas peningkatan mutu dalam rangka memenuhi kebutuhan/tuntutan konsumen pengguna jasa organisasi tersebut. *Quality Assurance* adalah salah satu komponen penting dari TQM yang terdiri atas komponen standar, audit, akreditasi, dan upaya peningkatan mutu berkesinambungan (*Continuous Quality Improvement*).

*Quality assurance* atau jaminan kualitas menurut Gaspersz (2005), adalah semua tindakan terencana dan sistematis yang diimplementasikan dan didemonstrasikan guna memberikan kepercayaan yang cukup bahwa produk akan memuaskan kebutuhan untuk kualitas tertentu.



Sinergi antara pengamalan tanggung jawab etika institusional dan hukum oleh manajemen dan pengamalan etika profesi oleh para klinisi diharapkan menghasilkan *outcome* berupa asuhan dengan enam kriteria yaitu: aman, efektif, fokus pada pasien, tepat waktu, efisien, dan adil. (Jacobalis, 2004b)

### E. Kerangka Konsep Penelitian

Berdasarkan landasan teori di atas, dibuat kerangka konsep penelitian ini sebagai berikut :



Gambar 7  
Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan :  = dilakukan penelitian  
 = tidak dilakukan penelitian

## **F. Pertanyaan Penelitian**

Dari kerangka konsep penelitian di atas, maka diajukan pertanyaan penelitian berikut:

- 1) Bagaimanakah penerapan KODERSI di Rumah Sakit Fatmawati secara umum?
- 2) Bagaimanakah penerapan KODERSI di Rumah Sakit Fatmawati terhadap masyarakat dan lingkungan?
- 3) Bagaimanakah penerapan KODERSI di Rumah Sakit Fatmawati terhadap pasien?
- 4) Bagaimanakah penerapan KODERSI di Rumah Sakit Fatmawati terhadap pimpinan, staf, dan karyawan?
- 5) Bagaimanakah prosedur penyelesaian masalah etik di Rumah Sakit Fatmawati?

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Rancangan Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kualitatif yang menggunakan metode diskusi kelompok terarah (*Focused Group Discussion* [FGD]), wawancara mendalam (*in-depth interview*) dalam rangka menggali persepsi serta dilakukan observasi partisipasi dengan mengamati perilaku sebagai pendukung penelitian.

Metode kualitatif adalah pengungkapan fenomena serta mengembangkan konsep-konsep yang membantu pemahaman lebih mendalam atas fenomena sosial dan perilaku dalam lingkungan alamiah. (Kusnanto, -)

#### **B. Subyek Penelitian**

Penelitian dilakukan pada pejabat struktural, non struktural, staf fungsional, dan pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Fatmawati. FGD dilakukan pada pejabat struktural dan fungsional yang terbagi dalam 3 kelompok (masing-masing 8 orang), yang meliputi kelompok medis, kelompok perawat, dan kelompok manajer, sedangkan wawancara mendalam dilakukan pada 18 orang pejabat struktural, dan pada 40 orang pasien diberikan kuesioner. Sebagai responden wawancara mendalam terdiri atas:

- 1) Manajer strata satu; 4 orang meliputi:
  - a) Direktur Utama
  - b) Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
  - c) Direktur Umum dan Keuangan
  - d) Direktur Penunjang Medis dan Pendidikan.



**2) Manajer strata dua; 14 orang meliputi:**

- a) Ketua Komite Etik dan Hukum
- b) Ketua Komite Medik
- c) Ketua Komite Keperawatan
- d) Ketua Satuan Pengawas Intern
- e) Kepala Bidang Mutu Pelayanan RS
- f) Kepala Bidang Pendidikan dan Penelitian
- g) Kepala Bidang Pelayanan Pelanggan
- h) Kepala Bidang Informasi
- i) Kepala Bidang Sekretariat
- j) Kepala Bagian Sumber Daya Manusia
- k) Kepala Bidang Keperawatan
- l) Kepala Instalasi Pendidikan dan Latihan
- m) Kepala Bagian Keuangan
- n) Kepala Bagian Rekam Medis.

### **C. Alat Penelitian**

Penelitian kualitatif mempunyai sejumlah peralatan pengumpulan data yang dikaitkan, baik langsung maupun tidak langsung (Miles & Huberman, 1992). Dalam proses pengumpulan data penelitian kualitatif, manusia berfungsi sebagai instrumen penelitian. Meskipun demikian pada pelaksanaannya peneliti dibantu oleh pedoman pengumpulan data (Utarini, 2000). Data penelitian dikumpulkan melalui wawancara mendalam (*in-depth interview*) dan diskusi kelompok terarah (FGD) dengan maksud untuk menggali secara mendalam tentang sejauh mana pemahaman direksi, staf, dan karyawan terhadap Kode Etik Rumah Sakit Indonesia.

Wawancara dilakukan berdasarkan pedoman wawancara mendalam dan FGD dilakukan dengan menggunakan pedoman FGD, kepada pasien diberikan kuesioner, observasi dilakukan dengan

menggunakan *check-list*. Pelaksanaan wawancara dilakukan secara individu dengan rekaman pita kaset dan rekaman selama FGD sebagai sumber data primer, sedangkan data sekunder diperoleh dari catatan-catatan pertemuan serta studi dokumentasi Rumah Sakit Fatmawati dan sumber pustaka yang mendukung.

#### **D. Variabel Penelitian**

Variabel penelitian dalam penelitian ini adalah pemahaman terhadap KODERSI dan penerapannya oleh sumber daya manusia di Rumah Sakit Fatmawati dalam memberikan pelayanan kesehatan.

#### **E. Definisi Operasional**

- a) Pemahaman: adalah kemampuan seseorang dalam menghayati kode etik rumah sakit agar dapat menerapkannya dalam pelayanan di Rumah Sakit Fatmawati, diukur dengan wawancara mendalam.
- b) Penerapan: adalah melakukan kegiatan pelayanan dengan mengadopsi Kode Etik Rumah Sakit Indonesia (KODERSI), diukur dengan diskusi kelompok terarah, observasi dokumen dan kuesioner
- c) Kode Etik Rumah Sakit Indonesia: adalah rangkuman norma-norma akhlak yang telah dikodifikasi oleh PERSI tahun 2001, diukur dengan wawancara mendalam, diskusi kelompok terarah.
- d) Kode Etik Rumah Sakit Fatmawati: adalah rangkuman norma-norma akhlak yang disusun oleh kelompok profesi tertentu dan diberlakukan secara khusus di Rumah Sakit Fatmawati, diukur dengan observasi dokumen.
- e) Komite Etika dan Hukum (KEH) Rumah Sakit Fatmawati: adalah badan etik di tingkat rumah sakit dalam rangka pembinaan dan penanganan masalah etik di rumah sakit, diukur dengan wawancara mendalam dan observasi dokumen.



- f) Kelompok Medis: adalah kumpulan beberapa staf medis fungsional yaitu dokter, dokter gigi, dan dokter spesialis di Rumah Sakit Fatmawati.
- g) Kelompok Manajer: adalah kumpulan dari pejabat struktural di Rumah Sakit Fatmawati.
- h) Kelompok Perawat: adalah kumpulan perawat di Rumah Sakit Fatmawati
- i) Evaluasi: adalah proses penilaian penerapan KODERSI di Rumah Sakit Fatmawati, diukur dengan wawancara mendalam, diskusi kelompok terarah, observasi dokumen dan kuesioner.

## **F. Jalannya Penelitian**

Penelitian ini dilakukan dengan 3 tahap yang meliputi Tahap Persiapan, Tahap Pelaksanaan, dan Tahap Penyelesaian dengan rincian kegiatan disetiap tahapnya adalah :

- 1) Tahap Persiapan
  - a) Sebelum Penelitian ini dilaksanakan berkonsultasi kepada Direktur Rumah Sakit Fatmawati.
  - b) Penyusunan instrumen pelaksanaan etik rumah sakit berdasarkan pedoman KODERSI dan dikonsultasikan kepada pembimbing.
  - c) Kemudian menyusun *check-list* berdasarkan kepustakaan dipadukan dengan pengamatan awal yang dilakukan di Rumah Sakit Fatmawati.
  - d) Menyusun pedoman wawancara, pedoman diskusi kelompok terarah (FGD), dan kuesioner.
- 2) Tahap Pelaksanaan
  - a) Peserta diseleksi untuk menggambarkan lingkup populasi kemudian dibagi dalam kelompok (intern Rumah Sakit Fatmawati).
  - b) Dilakukan diskusi kelompok terarah (FGD) terdiri atas 3 kelompok, masing-masing kelompok terdiri atas 6 – 8 orang, tiap kelompok



berasal dari homogenitas yang sama (jabatan, pendidikan, profesi), terdiri atas kelompok manajer, kelompok medis dan kelompok perawat.

- c) Dilakukan pengisian instrumen kuesioner oleh pasien rawat inap untuk melihat opini pasien dalam menerima pelayanan dari rumah sakit.
- d) Dilakukan wawancara mendalam dengan responden penelitian (Direksi, Komite, Satuan Pengawas Intern, Kepala Bagian, Kepala Bidang).
- e) Dilakukan observasi di Rumah Sakit Fatmawati.

### 3) Tahap Penyelesaian

Selanjutnya hasil wawancara dan catatan pertemuan-pertemuan selama dilakukan FGD, hasil pengisian kuesioner dikumpulkan, kemudian dilakukan pengolahan data dan penyusunan laporan.

## **G. Analisis Data**

Menurut Nurlela *et al.* (1999), dalam penelitian kualitatif oleh karena pengambilan sampelnya secara *non probability* dan jumlahnya sedikit, maka agar validitas data tetap terjaga dilakukan uji validitas dengan triangulasi.

Data yang diperoleh dari wawancara mendalam dan diskusi kelompok terarah (FGD) diolah dan diinterpretasikan untuk mendapatkan gambaran pelaksanaan kode etik di rumah sakit, oleh karena itu analisa yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisa kualitatif/deskriptif. Alat ukur yang digunakan untuk melihat permasalahan adalah logika dalam menerima atau menolak sesuatu yang dinyatakan dalam kalimat dan dirumuskan setelah mempelajari secara cermat dan mendapatkan kecenderungan pola yang muncul berulang dalam diskusi kelompok terarah (FGD).

Selanjutnya hasil wawancara dan catatan pertemuan yang telah ditranskrip dilakukan penggolongan atau pengelompokan (*coding*) dalam rangka memudahkan pembahasan dan analisis secara obyektif.

## **H. Etika Penelitian**

Jalannya penelitian ini tidak terlepas dari etika penelitian yang sangat berpengaruh kepada hasil penelitian, karenanya langkah-langkah seperti tersebut di bawah ini mendapatkan perhatian khusus, yakni:

- a. Meminta dan mendapatkan ijin Direktur Utama untuk melakukan penelitian dan pengambilan data yang dibutuhkan
- b. Meminta kesediaan responden untuk diwawancarai dengan alat perekam
- c. Konfirmasi waktu pelaksanaan diskusi kelompok terarah yang disertai dengan perekaman saat diskusi berlangsung
- d. Meminta kesediaan pasien yang dipilih sebagai responden untuk mengisi kuesioner
- e. Merahasiakan identitas setiap responden.

## **I. Kendala penelitian**

Wawancara mendalam, diskusi kelompok terarah, dan pengisian kuesioner oleh pasien tampak ada beberapa hambatan, di antaranya:

### **1) Wawancara mendalam.**

Sebagian besar responden bersedia diwawancarai namun keberatan untuk direkam dan bahkan ada yang dengan tegas menolak, tetapi mereka bersedia untuk menjawab dalam bentuk tulisan dengan alasan merasa tidak nyaman jika diketahui responden lain. Menurut Post *et al.* (1996), para manajer enggan membicarakan etika karena pembicaraan moral dianggap menciptakan efek negatif dan mempunyai dampak



mengancam keharmonisan, mengundang pertentangan, memancing timbulnya saling tuduh, bersifat tertutup dan idealistik.

2) Diskusi kelompok terarah (FGD).

Masalah yang timbul adalah kesiapan peserta diskusi untuk meluangkan waktu, terutama pada diskusi kelompok medis, hal ini terkait dengan jumlah pasien yang harus mereka tangani dan jam kerja mereka yang padat. Penggunaan alat perekam juga menjadi hambatan dalam penelitian ini, seperti saat mengetahui FGD direkam maka ada beberapa peserta FGD yang melemahkan *volume* suaranya saat menyampaikan masalah yang krusial.

3) Kuesioner.

Sebagian besar pasien agak ragu dan takut memberikan pendapat dengan alasan akan berdampak pada pelayanan yang akan mereka terima.

## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Fatmawati dengan menggunakan metode wawancara mendalam (*in-depth interview*), diskusi kelompok terarah (FGD), observasi, dan pengisian kuesioner. Responden yang diwawancarai sebanyak 18 orang, terdiri atas: jajaran Direksi, Komite Medik, Komite Etika dan Hukum, Komite Keperawatan, dan Kepala Bagian/Bidang. Peserta FGD (*Focused Group Discussion*) terdiri atas 3 kelompok, yaitu: kelompok manajer, kelompok medis, dan kelompok perawat (masing-masing kelompok 6-8 orang). Observasi dilakukan di tempat pendaftaran dan di masing-masing unit sedangkan pengisian kuesioner dilakukan oleh 40 orang pasien rawat inap.

Penelitian dilakukan pada bulan Juni hingga bulan Oktober 2004 di Rumah Sakit Fatmawati, Jakarta. Data yang dikumpulkan pada penelitian ini mencakup pemahaman sumber daya manusia (SDM) di Rumah Sakit Fatmawati tentang kode etik rumah sakit dan penerapan KODERSI yang meliputi :

- 1) Kewajiban Umum Rumah Sakit.
- 2) Kewajiban Rumah Sakit Terhadap Masyarakat dan Lingkungan
- 3) Kewajiban Rumah Sakit Terhadap Pasien
- 4) Kewajiban Rumah Sakit Terhadap Pimpinan, Staf, dan Karyawan

#### **A. Hasil Penelitian**

##### **A.1. Wawancara mendalam (*in-depth interview*)**

Wawancara mendalam dilakukan pada pejabat struktural. Responden penelitian 18 orang terdiri atas 4 orang manajer strata satu (Direktur Utama, Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan, Direktur Umum dan Keuangan, Direktur Penunjang Medis dan Pendidikan) dan 14



orang manajer strata dua terdiri atas Ketua Komite Etik dan Hukum, Ketua Komite Medik, Ketua Komite Keperawatan, Ketua Satuan Pengawas Intern, Kepala Bidang Mutu Pelayanan RS, Kepala Bidang Pendidikan dan Penelitian, Kepala Bidang Pelayanan Pelanggan, Kepala Bidang Informasi, Kepala Bidang Sekretariat, Kepala Bagian Sumber Daya Manusia, Kepala Bidang Keperawatan, Kepala Instalasi Pendidikan dan Latihan, Kepala Bagian Keuangan, Kepala Bagian Rekam Medis .

a. Penerapan KODERSI secara umum. Sebagian besar responden mengetahui tentang Kode Etik Rumah Sakit Indonesia. Menurut mereka, untuk mencapai visi dan misi rumah sakit harus mempunyai kode etik , kode etik rumah sakit adalah landasan moral dan rangkuman nilai-nilai juga sebagai pedoman dalam memberikan pelayanan yang baik dan profesional. Kode etik menurut mereka harus ditaati oleh setiap rumah sakit di Indonesia, rumah sakit harus menerjemahkan KODERSI menjadi pedoman atau pegangan bagi pegawai rumah sakit. Beberapa komentar dari responden sebagai berikut:

"..... rumah sakit harus punya kode etik untuk mencapai misi dan visi....."

"adalah landasan moral dalam penyelenggaraan rumah sakit di Indonesia, dalam menegakkan nilai moral dan etika, juga sebagai pedoman"

Hasil wawancara mendalam dengan responden diketahui bahwa rumah sakit bertanggung jawab terhadap semua kejadian, semua catatan medik juga telah terdokumentasi. Pada pertanyaan, "Jika terjadi masalah etik di rumah sakit, apakah anda mengetahui prosedur penyelesaiannya?" Sebagian besar responden mengetahui prosedur penyelesaiannya, jika terjadi masalah etik di rumah sakit akan ditangani melalui Komite Etika dan Hukum, manajer instalasi, dan jajaran direksi. Berikut ini pernyataan salah satu responden:

"Melalui Komite Etika dan Hukum, dengan SOP tentang Penanganan masalah hukum dan masalah etika"



Walaupun saat itu Komite Etika dan Hukum belum berfungsi optimal, secara berkala Ketua Komite melakukan pertemuan dengan Komite Medik, Ketua Satuan Medis Fungsional (SMF), dan manajer instalasi. Namun tidak menutup kemungkinan adanya pertemuan atau konsultasi jika terjadi masalah etik di waktu yang sangat mendesak.

b. Penerapan KODERSI terhadap masyarakat dan lingkungan.

Responden menyatakan bahwa di Rumah Sakit Fatmawati ada kotak saran dan bagian pelayanan pelanggan yang menangani keluhan pasien. Rumah sakit juga telah membentuk Tim Keselamatan Kerja, Kebakaran dan Kewaspadaan Bencana (K3) untuk menangani limbah rumah sakit. Berkurangnya keluhan (*complain*) menurut responden merupakan salah satu pengaruh penerapan KODERSI di rumah sakit, seperti pernyataan beberapa responden berikut ini:

"ya, contohnya berkurangnya komplain pelanggan, transparansi, kerjasama yang baik, melahirkan pelayanan unggulan atau meraih prestasi"

"Pengaruh penerapan KODERSI antara lain meningkatkan mutu pelayanan RS, meminimalkan keluhan dan tuntutan hukum dari pelanggan sehingga meningkatkan *customer satisfaction*"

c. Penerapan KODERSI terhadap pasien. Kewajiban Rumah Sakit Fatmawati di dalam memperhatikan hak-hak pasien, adalah penerapan *informed consent* (persetujuan tindakan medik). Beberapa komentar responden tentang penerapan KODERSI pada pasien sebagai berikut:

"..Sudah, untuk RSUP Fatmawati khususnya, contoh penerapan *informed consent*.."

"..rumah sakit bertanggung jawab terhadap semua kejadian, semua catatan terdokumentasi, dalam pelayanan memperhatikan hak-hak pasien...."

d. Penerapan KODERSI terhadap pimpinan, staf, dan karyawan.

Menurut responden, hubungan antar staf juga staf dengan pimpinan



terjalin baik, karena dilakukan rapat secara rutin. Rumah sakit juga menyediakan sarana dan prasarana untuk sumber daya manusia yaitu adanya perlindungan, pendidikan, dan pelatihan bagi karyawan. Berikut komentar dari responden:

“melindungi segenap pegawai yang bekerja di RSUP Fatmawati, karena rumah sakit membuat kebijakan dan SOP berdasarkan KODERSI..”

“....rumah sakit membantu dan memfasilitasi pengembangan SDM...”

#### A.2. Diskusi Kelompok Terarah (*Focused Group Discussion*)

Peserta *Focused Group Discussion* terdiri atas 3 kelompok, yaitu: kelompok manajer, kelompok medis, dan kelompok perawat (masing-masing kelompok 6-8 orang).

a. Penerapan KODERSI secara umum. **Kelompok Manajer**, mengatakan bahwa kewajiban umum rumah sakit adalah memberikan pelayanan yang baik, pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau bagi masyarakat. Sebagaimana komentar berikut :

“...e... sebagai petugas di rumah sakit bagaimana kita memberikan pelayanan terbaik kepada pelanggan”

“di sini fungsi rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan bermutu dan terjangkau bagi masyarakat...e... terus kita juga melakukan inovasi terus menerus ya.... meningkatkan juga kesejahteraan..”

Menghadapi perkembangan dunia perumahsakit, Rumah Sakit Fatmawati telah melakukan studi banding ke beberapa rumah sakit dalam berbagai hal. Ada sosialisasi dan penekanan dari pimpinan rumah sakit untuk mengembangkan diri melalui pendidikan dan pelatihan.

**Kelompok Medis**, mengatakan bahwa kewajiban umum rumah sakit adalah membantu pemerintah dalam bidang kesehatan dan dalam hal ini rumah sakit lebih menekankan pada kuratif, di luar kuratif dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan. Jika ada suatu kejadian, rumah sakit



mencoba mengatasi dengan menggunakan segala sumber daya yang ada, biasanya pihak manajemen bila diperlukan akan melibatkan tim medis. Ada beberapa macam kejadian terkait dengan penanganan pasien dan intern di rumah sakit, salah satunya terkait dengan etika, untuk kejadian intern terkait dengan etika ada organisasi tersendiri untuk menanganinya, seperti komentar berikut ini :

“...rumah sakit mencoba mengatasi kejadian itu dengan menggunakan sumber daya yang ada di rumah sakit, biasanya pihak manajemen tapi kalau....diperlukan biasanya masih mengajak kita dari tim medis...”

Mengenai rumah sakit yang mendahulukan biaya daripada pelayanan terhadap pasien, kelompok medis berpendapat bahwa hal tersebut boleh saja tergantung tujuannya apakah profit atau non profit, jika non profit dan terkait dengan kasus darurat harus mendahulukan pelayanan. Mengenai pemeliharaan catatan arsip medik dan non medik, menurut kelompok medis, di Rumah Sakit Fatmawati penyimpanannya sudah cukup baik. Dalam menghadapi perkembangan dunia perumahsakit, rumah sakit menghadapi beban yang berat karena harus mengutamakan pelayanan daripada profitnya (beban yang lebih besar dengan profit yang kecil), sehingga kalah bersaing dengan rumah sakit swasta dalam pelayanan dan fasilitas .

**Kelompok Perawat**, berpendapat bahwa kewajiban rumah sakit terhadap pasien adalah memberikan pelayanan yang baik, memberikan informasi yang jelas dan meningkatkan mutu pelayanan. Kejadian di rumah sakit akan segera dilaporkan kepada pimpinan agar dapat diproses oleh pihak yang berwenang. Kelompok perawat mengatakan bahwa pelayanan tetap didahulukan terutama di tempat gawat darurat sesuai dengan standar operasional prosedur.

“.....Alhamdulillah kalo di *emergency* memang, kadang-kadang pasien sudah dikerjakan, udah dilakukan tindakan apapun yang dibutuhkan, malah belum di daftar sudah dikerjakan...kan otomatis dari triase masuk dulu...”



Menghadapi perkembangan dunia perumahsakit, perawat siap bersaing dengan cara meningkatkan kemampuan dalam pengetahuan, ketrampilan, sikap, dan bahasa. Menurut mereka, penampilan juga turut menunjang peningkatan mutu pelayanan. Kendala yang dihadapi perawat dalam pemeliharaan status catatan medik dan pengisiannya adalah karena kurang disiplinnya dokter dalam melengkapi catatan medik sehingga sering dikembalikan oleh bagian rekam medis.

b. Penerapan KODERSI terhadap masyarakat dan lingkungan.

**Kelompok Manajer**, mengatakan bahwa selalu ada keluhan (*complain*) dari pasien dan keluarga pasien dengan alasan tidak puas terhadap pelayanan. Untuk menindak lanjuti keluhan tersebut berbagai upaya dilakukan sesuai dengan petunjuk pada Pedoman Pelayanan Prima yang dibuat oleh Direksi Rumah Sakit. Kelompok manajer juga mengatakan bahwa rumah sakit telah melakukan pengelolaan limbah cair maupun limbah padat dan secara periodik setiap 3 bulan sekali kondisi air tanah diperiksa.

”.....semua limbah...baik itu limbah cair maupun padat dibakar, secara periodik kondisi air kita diperiksa setiap tiga bulan sekali....

Sebagai kepedulian rumah sakit terhadap kesehatan masyarakat, rumah sakit membuat *club* yang berhubungan dengan kebutuhan pelanggan misalnya *club* stroke, juga melakukan pembinaan terhadap bidan dan klinik remaja.

**Kelompok Medis**, berpendapat bahwa Rumah sakit memperoleh saran dan kritik dari masyarakat, melalui kotak saran yang disediakan oleh rumah sakit juga didapat melalui tempat pengaduan yaitu bagian pelayanan pelanggan secara *online*. Sikap rumah sakit terhadap kritik dan saran tersebut, menurut tim medis disesuaikan dengan fasilitas yang dimiliki, seperti komentar berikut :



„...sekarang kan ada kotak saran, tempat pengaduan, pelayanan pelanggan...on line...sudah maksimal lah.....cara penanganannya....”

Ada kebijakan rumah sakit secara khusus dalam pelayanan kesehatan bagi masyarakat sekitar, namun tidak dalam lingkup yang kecil karena Rumah Sakit Fatmawati juga merupakan rumah sakit rujukan wilayah, sehingga semua dilayani. Mengenai pencemaran lingkungan, rumah sakit bertanggung jawab terhadap pengelolaan limbah karena Analisa Mengenai Dampak Lingkungan yang ada sudah cukup bagus, sehingga rumah sakit sekitar melakukan kerjasama pengelolaan limbah dengan Rumah Sakit Fatmawati. Sedangkan pencemaran lingkungan di luar rumah sakit menjadi tanggung jawab dari Dinas Kesehatan.

**Kelompok Perawat**, berpendapat bahwa rumah sakit harus terbuka mengenai biaya pelayanan terutama untuk masyarakat tidak mampu. Menghadapi kritik dan saran dari masyarakat disikapi dengan bijaksana dalam upaya memperbaiki diri, seperti komentar berikut :

“...betul-betul kita dikritik terus kita memang begitu adanya ya....kita harus bisa terima dengan besar hati...berusaha untuk memperbaiki diri...jadi bukan kita marah ya...”

Mekanisme keluhan (*complain*) dari pasien akan segera ditindaklanjuti bergantung kepada besar atau kecil permasalahannya.

c. Penerapan KODERSI terhadap pasien. **Kelompok Manajer**, berpendapat bahwa petugas di rumah sakit sudah mengetahui tentang hak pasien, terutama pada pasien baru ada *informed consent*. Penggunaan teknologi kedokteran juga telah sesuai indikasi, seperti komentar manajer berikut ini :

“...menyangkut pasien yang baru masuk ....kan itu ada isian sebelumnya....peraturan-peraturannya apa.....jadi sebelum bertindak itu ada *informed consent*.....atau persetujuan tindakan medik...”

**Kelompok Medis**, telah mengetahui tentang hak pasien dan hak dokter, *informed consent* juga telah dilakukan baik yang tertulis maupun tidak tertulis. Penyalahgunaan teknologi kedokteran tidak terjadi di rumah



sakit karena selalu ada pemantauan dari Komite Medik, sesuai komentar staf medis berikut ini :

“....kita peralatannya standar kok tidak terlalu canggih-canggih yang pertama...., yang kedua kita selalu dipantau oleh komite medik dan selalu dievaluasi dan sesuai kebutuhan.....”.

**Kelompok Perawat**, berpendapat bahwa hak pasien adalah mendapat pelayanan yang optimal dan mendapatkan keterangan tentang penyakitnya dari dokter yang merawat, serta mendapat advokasi dari perawat, namun mereka merasa belum siap menerapkan sepenuhnya hak pasien tersebut terutama dalam pemberian *informed consent*. Pelimpahan hak informasi secara tidak langsung lebih banyak dilakukan oleh perawat dibandingkan oleh dokter. Perawat mengatakan bahwa penyalahgunaan teknologi kedokteran tidak ada, alat tertentu hanya digunakan sesuai indikasi medis. Salah satu komentar perawat tentang hak pasien adalah:

“...kalau dilapangan....mengenai hak pasien, hak perawat dan hak dokter itu sudah ada ya..ditempel, hak pasien itu seperti kita tahu hak mendapatkan pelayanan yang optimal... terus mendapatkan ...e... istilahnya keterangan tentang sakitnya dari dokter yang merawat, mendapatkan advokasi dari perawat.... mengenai tindakan atau apa.... itu sudah dilaksanakan di rumah sakit...”

#### d. Penerapan KODERSI terhadap pimpinan, staf dan karyawan.

**Kelompok Manajer**, berpendapat bahwa agar pimpinan, staf, dan karyawan mematuhi etika profesi masing-masing adalah melalui KODERSI, aturan-aturan yang harus dipatuhi oleh dokter dan perawat jangan sampai dilanggar, karena akan merugikan masyarakat dan mereka sebagai administrator mendukung hal tersebut melalui komitmen bersama antara dokter, perawat, dan administrasi. Mengenai penerapan standar profesi masih diragukan penerapannya pelaksanaannya walaupun ada standar operasional prosedur, namun menurut sepengetahuan mereka ada penilaian dari tim audit internal setiap 3 - 6 bulan sekali mengenai mutu dan etika tapi hanya terbatas dari Komite Keperawatan dan dari Tim Mutu dan Etika .



Berkaitan dengan keselamatan kerja sudah ada Tim K3 dan tim ini membuat aturan tentang keselamatan kerja di masing-masing instalasi atau unit kerja serta menilai potensi-potensi bahaya sehingga ada perencanaan untuk latihan tanggap darurat, namun dalam pelaksanaannya kurang baik. Rumah sakit juga memberikan tunjangan khusus dan menu tambahan terkait dengan faktor resiko di unit tertentu contohnya pada petugas radiologi, petugas laboratorium dan keperawatan. Salah satu komentar manajer adalah :

“....bahwa petugas yang di ruang internal itu mendapatkan.. susu sama telur...ya...”

Menurut manajer, dalam pengembangan SDM sudah banyak tenaga medis yang ikut pelatihan dan pendidikan bahkan ada yang ke luar negeri, namun dalam hal rekrutmen masih ada yang tidak sesuai dengan harapan sehingga penempatan tenaga kurang sesuai dengan posisi di unit kerjanya. Pemenuhan kebutuhan sarana dan alat menjadi perhatian rumah sakit sehingga memberikan kenyamanan dalam bekerja. Kewajiban rumah sakit yang utama adalah menciptakan keharmonisan dalam hubungan kerja, sehingga tercipta suatu motivasi kerja yang baik. Rumah sakit wajib untuk mensejahterakan pegawainya, karena dengan kesejahteraan yang baik, situasi kerja menjadi lebih baik.

**Kelompok Medis**, berpendapat untuk rekrutmen tenaga medis cukup baik karena ada tim kredensial walaupun ada juga intervensi dari luar dalam bentuk “surat sakti”. Rumah sakit memelihara hubungan antar karyawan dengan mengadakan acara bersama misalnya halal bihalal, natal, dan piknik. Rumah sakit memperhatikan peningkatan kualitas karyawan melalui kursus, penataran, pelatihan, dan pendidikan. Menurut kelompok medis, dokter di rumah sakit bekerja sesuai dengan standar profesi dan standar operasional prosedur, mereka dipantau melalui audit medik untuk mencegah penyelewengan, berikut ini komentar dari staf medis fungsional :



"... kita bekerja sesuai SOP .....ada evaluasi SOP....artinya dipantau....ada audit medik.....jadi kalau ada yang menyeleweng, ketahuan.."

Kesejahteraan untuk tenaga medis mendapat perhatian dari rumah sakit melalui pemberian bonus, pemeriksaan kesehatan menyeluruh (*general check-up*) termasuk fasilitas berobat untuk keluarganya.

**Kelompok Perawat**, berkomentar bahwa rumah sakit memperhatikan kebutuhan sarana, prasarana, alat, dan keselamatan kerja. Menurut perawat dalam mekanisme penerimaan tenaga, walaupun ada kriteria dan tim rekrutmen ternyata belum berjalan sesuai harapan. Hubungan antar karyawan dan hubungan antar pimpinan dengan karyawan cukup baik, ada pertemuan berkala di luar kedinasan semisal acara halal bihalal, walaupun tidak semua masalah dapat dibicarakan dalam pertemuan tersebut.

Kepatuhan perawat pada etika profesi menjadi rambu-rambu dalam menjalankan pelayanan, pelanggaran akan dikenai sanksi sesuai mekanisme yang ada. Perawat juga mendapatkan fasilitas untuk berobat, namun untuk kesejahteraan yang terkait dengan insentif sebagian dari mereka masih belum puas. Perlindungan khusus bagi perawat yang bertugas di tempat yang beresiko belum optimal. Untuk peningkatan kualitas perawat ada pelatihan teknis yang diberikan oleh rumah sakit misalnya pelatihan tim triase, pelatihan BTLS (*Basic Training Life Support*), dan PSBH (*Problem Solving for Better Health*), seperti komentar berikut :

" ada...memang bu kemudahan itu saya rasakan...ada...dan kita kalau ada pelatihan atau ada apa itu...memang dikasih kemudahan..."

### A.3. Kuesioner

Kuesioner diberikan kepada 40 orang pasien Rawat Inap, terdiri atas 20 orang pasien pria dan 20 orang pasien wanita, dengan usia pasien 15 s/d 24 tahun sebanyak 6 orang, usia 25 s/d 35 tahun sebanyak



11 orang, usia 36 s/d 54 tahun sebanyak 9 orang, dan usia lebih dari 54 tahun sebanyak 14 orang. Pasien dengan pendidikan perguruan tinggi 8 orang, sekolah menengah 24 orang, sekolah dasar 8 orang. Lama hari rawat kurang dari 5 hari sebanyak 8 orang, lama hari rawat 5-10 hari sebanyak 17 orang dan lebih dari 10 hari sebanyak 15 orang. Pekerjaan pasien terdiri atas PNS sebanyak 12 orang, swasta sebanyak 21 orang, pelajar sebanyak 1 orang, dan ibu rumah tangga sebanyak 6 orang.

Karakteristik pasien IRNA di Rumah Sakit Fatmawati adalah berusia 40 tahun atau lebih, 40% dengan tingkat pendidikan terakhir pada sekolah menengah. Pasien yang dirawat di Rumah Sakit Fatmawati menjalani lama hari rawat rata-rata lebih dari seminggu sebesar 50% sampai dengan 60% dengan mayoritas pekerjaan pasien adalah pegawai swasta atau wiraswasta sebesar 52,5% dan Pegawai Negeri Sipil atau pensiunan sebesar 30%.

Kuesioner terdiri atas 26 pertanyaan, yang dibagi dalam 3 kelompok pertanyaan yaitu:

- a. **Fasilitas, Sarana, dan Prasarana Rumah Sakit**
- b. **Pelayanan Rumah Sakit**
- c. **Pelayanan Medis (dokter dan perawat)**

Jawaban dari 40 pasien IRNA atas 26 pertanyaan kuesioner di atas berdasarkan prosentase jawaban "tidak" adalah sebagai berikut:

- 1) dengan prosentase lebih besar dari 10% sebanyak 8 pertanyaan
- 2) dengan prosentase 5% sampai dengan 10% sebanyak 11 pertanyaan
- 3) dengan prosentase kurang dari 5% sebanyak 7 pertanyaan

a. Fasilitas, sarana, dan prasarana rumah sakit. Pada kelompok pertanyaan ini sebagian besar pasien menyatakan bahwa bangunan rumah sakit terlihat menarik, indah, dan bersih, serta memiliki fasilitas peralatan yang modern, sarana, dan prasarana memadai. Namun 10% pasien menjawab rumah sakit belum memiliki sarana, prasarana dan fasilitas yang memadai. Sebagian besar menjawab ruang rawat inap di



rumah sakit memiliki ventilasi udara yang baik penerangan cukup dan kamar kecil yang bersih, namun sebanyak 20% pasien menyatakan tidak puas terhadap keadaan (kebersihan, penerangan, ventilasi udara) ruangan rawat inap di Rumah Sakit Fatmawati.

Semua pasien menyatakan bahwa rumah sakit memiliki alat pemadam kebakaran, memperhatikan keselamatan pasien, dan merawat gedung dengan baik, sehingga pasien yakin akan keamanan gedung dan ruang rawat inap.

b. Pelayanan rumah sakit. Pada kelompok pertanyaan pelayanan rumah sakit, semua pasien menyatakan bahwa dokter, perawat, dan karyawan berpenampilan rapi dan bersih. Sebagian besar pasien menyatakan bahwa rumah sakit menyediakan brosur/bahan informasi yang berkaitan dengan pelayanan pasien dan ada petunjuk arah yang jelas. Dokter dan perawat di rumah sakit juga menghargai dan memberikan kesempatan, saran bagi pasien untuk menjalankan ibadah, namun menurut 7,5% - 12,5% pasien IRNA dokter dan perawat ternyata kurang memberikan informasi mengenai pelayanan yang diberikan kepada pasien dan petunjuk arah yang tidak jelas ke unit/bagian rumah sakit. Sebagian pasien menjawab bahwa rumah sakit mengelola makanan secara baik dan bersih, ruangan tidur selalu bersih dan pelayanan unit penunjang (laboratorium, radiologi, apotik) memuaskan. Mengenai pelayanan di semua unit penunjang sebanyak 15% pasien mengeluhkan pelayanan di semua unit penunjang rumah sakit (laboratorium, radiologi, apotik) tidak memuaskan, dan 52,5 % pasien IRNA menyatakan bahwa sebelum mendapatkan perawatan di Rumah Sakit Fatmawati harus menyetorkan sejumlah uang untuk pembayaran uang muka.

c. Pelayanan medis. Pada kelompok pertanyaan pelayanan medis, sebagian besar pasien menyatakan bahwa dokter dan perawat memberikan pelayanan ramah, sopan, teliti, hati-hati, dan tepat waktu sesuai yang dijanjikan, dokter juga memberitahukan diagnosa penyakit



dan menerangkan tindakan pengobatan yang akan dilakukan. Semua pasien setuju bahwa dokter dan perawat dapat membantu jika ada permasalahan pada pasien dan melakukan tindakan sesuai standar prosedur kerja.

Sebagian besar pasien di Rumah Sakit Fatmawati menyatakan dokter menerima dan melayani pasien dengan tanggap dan cepat terutama untuk pasien dalam keadaan gawat darurat, dokter juga mempunyai pengetahuan dan ketrampilan medis yang baik sehingga mampu menjawab setiap pertanyaan pasien serta memiliki catatan perawatan dan mencatat setiap pelayanan perawatan, namun terdapat 10% - 17,5% pasien menjawab bahwa dokter tidak cepat tanggap dan secara cepat menanggapi (menerima dan melayani) pasien serta tidak memberikan penjelasan mengenai tindakan perawatan/pengobatan yang akan dilakukan.

#### A.4. Observasi

Observasi dilakukan dengan menggunakan instrumen dalam bentuk *check-list*. Kegiatan dan dokumen yang diamati adalah kegiatan dan dokumen pada Administrasi dan Manajemen yang meliputi :

- a. Falsafah dan Tujuan
- b. Administrasi dan Pengelolaan
- c. Staf dan Pimpinan
- d. Fasilitas dan Peralatan
- e. Kebijakan dan Prosedur
- f. Pengembangan Staf dan Program Pendidikan
- g. Evaluasi dan Pengendalian Mutu

Cara pembuktian kegiatan tersebut di atas melalui pemeriksaan dokumen dan pengamatan pada bagian sekretariat, bagian pendidikan dan pelatihan, bagian keuangan, instalasi rawat jalan, Komite Medik, Komite Etika dan Hukum, unit rekam medis, dan perpustakaan.



a. Observasi falsafah dan tujuan. Pada dokumen Rencana Strategik, Profil Rumah Sakit, Struktur Organisasi dan Tata Kerja RS Fatmawati terdapat visi dan misi dan tujuan yang intinya rumah sakit menjamin tersedianya pelayanan yang dapat dipertanggung jawabkan. Visi dan misi rumah sakit terdapat di setiap ruang, kegiatan dan program rumah sakit mendukung visi dan misi rumah sakit.

b. Observasi administrasi dan pengelolaan. Struktur organisasi Rumah Sakit Fatmawati terdapat pada dokumen Struktur Organisasi dan Tata Kerja (SOTK) Rumah Sakit Fatmawati nomor: OT.00.01.1.783 tanggal 19 Desember 2002. Ada hubungan kerjasama antara rumah sakit dengan pihak ketiga antara lain kerjasama dengan beberapa Fakultas Kedokteran, *supplier*, rumah sakit lain, dan lembaga lain.

c. Observasi staf dan pimpinan. Observasi dokumen di bagian Sekretariat ada dokumen *Hospital bylaws* yang mengatur hubungan antara pemilik, direktur, dan staf medis. Ada laporan tahunan, rencana strategik, dan sistem manajemen rumah sakit .

d. Observasi fasilitas dan peralatan. Sarana dan prasarana rumah sakit telah mengacu pada pedoman Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3). Ada pembentukan Tim K3 Rumah Sakit, observasi dilakukan pada dokumen *Master Plan* dan pada pengamatan di lapangan, rambu dan marka terlihat di berbagai tempat, petunjuk arah mudah dan jelas terbaca .

e. Observasi kebijakan dan prosedur. Hasil observasi yang dilakukan pada Komite Etika dan Hukum, komite tersebut memiliki sarana yang cukup memadai, namun secara organisasi belum memiliki anggota dan staf, saat itu sedang dalam proses seleksi untuk staf terutama yang berlatar belakang pendidikan hukum. Pada dokumen Struktur Organisasi dan Tata Kerja (SOTK) Rumah Sakit Fatmawati nomor: OT.00.01.1.783 tanggal 19 Desember 2002 terdapat Komite Etika dan Hukum pada BAB



IV pasal 35, kedudukan Komite Etika dan Hukum di bawah Direksi sedangkan hubungan kerja dengan satuan kerja lain diatur dalam hubungan koordinasi, keberadaan Komite Etika sejajar dengan Komite Medik dan Komite Keperawatan, yang tugasnya membantu Direksi dalam menangani masalah di rumah sakit.

Komite Etika dan Hukum memiliki kebijakan dan prosedur antara lain: kebijakan untuk penerapan KODERSI, prosedur untuk penanganan kasus medikolegal di rumah sakit, prosedur penanganan masalah hukum, prosedur penanganan etik dan kemungkinan proses hukum. Komite Medik memiliki pedoman pelaksanaan medikolegal standar keselamatan pasien, dan melakukan audit medik bersama-sama dengan Komite Etika dan Hukum.

Observasi di bagian Pelayanan Pelanggan mendapatkan dokumen Prosedur Tentang Penanganan Keluhan / Komplain Pelanggan yang menjadi acuan langkah-langkah yang disampaikan pelanggan ketika mendapatkan ketidakpuasan dalam pelayanan medis, penunjang medis, administrasi, Rawat Inap, Rawat Jalan, dan Unit *Emergency* dengan koordinasi yang terarah.

Observasi di Bagian Rekam Medis, telah dilakukan pemeliharaan dan perlindungan kerahasiaan catatan dan rekam medis. Pengisian rekam medis hanya dilakukan oleh tenaga medis yang melakukan tindakan pada pasien, ada SOP (Standar Operasional Prosedur) tentang tata cara pemeliharaan dan pengisian rekam medis, dilakukan pelaporan dan evaluasi secara berkala. Kebijakan tentang pelayanan rekam medis di Rumah Sakit Fatmawati tertuang di dalam dokumen nomor: HK.00.07.1.356 tanggal 12 Nopember 2003, untuk mendukung kebijakan tersebut Bagian Rekam Medis memiliki beberapa prosedur dan instruksi kerja. Sesuai fungsinya sebagai rumah sakit pendidikan yaitu sebagai tempat pendidikan dan penelitian, Rumah Sakit memiliki perpustakaan yang dikelola baik dan memiliki standar prosedur operasional.



f. Observasi pengembangan staf dan program pendidikan. Hasil observasi di bagian Kepegawaian dan bagian Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian ada program terkait dengan peningkatan kualitas SDM melalui pendidikan, pelatihan, dan penelitian.

g. Observasi evaluasi dan pengendalian mutu. Hasil observasi untuk program peningkatan mutu, Rumah Sakit Fatmawati telah mengikuti berbagai lomba antara lain Rumah Sakit Sayang Bayi (1994), *Baby Friendly Practising all "Ten Steps to Succesful Breast Feeding,"* WHO tahun 1995, Lomba Penampilan Kerja RS Klas B pendidikan tahun 1995, Status Akreditasi Penuh Tingkat Dasar untuk 5 pelayanan tahun 1997, Status Akreditasi Penuh Tingkat lanjut untuk 12 pelayanan tahun 2002, Status Akreditasi penuh untuk 16 pelayanan tahun 2004.

Observasi dilakukan pada panitia mutu dengan melihat SK, Sertifikat Akreditasi, dan berkas evaluasi upaya peningkatan mutu masing-masing unit. Hasil observasi di Instalasi Rawat Jalan dan *front office* terdapat brosur-brosur pelayanan, kotak saran serta jadwal dokter dan perawat beserta jam kerja, tersedia juga rambu / papan petunjuk yang mudah dan jelas terbaca.

## **B. Pembahasan**

Hasil wawancara mendalam, diskusi kelompok terarah, observasi, dan pengisian kuesioner oleh pasien sangat beragam, namun satu sama lain hasilnya saling mendukung. Ada beberapa pernyataan responden yang bertentangan yang perlu mendapat perhatian dari pihak manajer.

Pada pengisian kuesioner, sebagian besar pasien agak ragu dan takut memberikan pendapat, tetapi sebagian besar merasa senang dapat memberikan saran untuk rumah sakit. Observasi dapat dilakukan dengan baik karena hanya sebatas mengamati dan meneliti melalui dokumen-dokumen yang tersedia. Secara umum sumber daya manusia di rumah



sakit sangat mendukung penelitian ini dengan harapan dapat memberikan masukan dan saran untuk perbaikan kinerja dalam rangka penerapan KODERSI. Kelebihan penelitian dengan metode kualitatif adalah menangkap kenyataan yang sesungguhnya tentang pemahaman dan penerapan KODERSI di rumah sakit.

### B.1. Penerapan KODERSI secara umum

Menurut Hanafiah and Amir (1999), rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan juga mempunyai hak dan kewajiban yang perlu diketahui oleh semua yang terlibat dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit agar dapat menyesuaikan dengan hak dan kewajiban di bidang profesi masing-masing. Rumah Sakit berkewajiban untuk :

- 1) merawat pasien sebaik-baiknya
- 2) menjaga mutu perawatan
- 3) memberikan pertolongan pengobatan di unit emergensi
- 4) menyediakan sarana dan peralatan umum yang dibutuhkan
- 5) menyediakan sarana dan peralatan medik yang dibutuhkan sesuai dengan tingkat rumah sakit dan urgensinya
- 6) menjaga agar semua sarana dan peralatan senantiasa dalam keadaan siap pakai
- 7) merujuk pasien kepada rumah sakit lain apabila tidak mempunyai peralatan medis khusus atau tenaga dokter khusus yang diperlukan
- 8) menyediakan daya penangkal kecelakaan (alat pemadam api, sarana dan alat pertolongan penyelamatan pasien dalam keadaan darurat).

Sebagian besar direksi dan manajer berpendapat bahwa KODERSI adalah rangkuman nilai-nilai dan norma, sebagai landasan moral dan aturan main dalam penyelenggaraan rumah sakit, namun ada responden yang menyatakan tidak tahu isi dan apa yang dimaksud dengan KODERSI seperti komentar berikut :

“ bahwa ada KODERSI....tetapi seperti apa KODERSI belum jelas...”



"Istilah KODERSI baru-baru ini saja saya ketahui, tentang isinya saya tidak tahu, sepengetahuan saya mengenai kode etik masih dalam penyusunan"

Menurut Jacobalis (2004b), tanggung jawab etis rumah sakit adalah :

- 1) Merekrut, memilih, menyediakan, memelihara, dan mengembangkan sumber daya manusia yang berkualifikasi dan bermutu baik, diukur dari pengamalan etika pribadi, etika profesi, perilaku, kompetensi profesi dan kinerja dalam memberikan pelayanan atau asuhan yang profesional.
- 2) Memberi instruksi (pedoman, standar, prosedur) dan melakukan supervisi atas kinerja sumber daya manusia.
- 3) Menyediakan, memelihara, dan mengembangkan sarana dan perlengkapan yang layak dan pantas bagi staf penunjang dan klinisi agar pelayanan dan asuhan ke pasien adalah aman, memenuhi standar mutu, dan memuaskan.
- 4) Menyediakan, memelihara, dan mengembangkan sistem-sistem yang diperlukan untuk mengoperasikan rumah sakit secara aman termasuk aman terhadap lingkungan.

Pada pertanyaan apakah rumah sakit telah menerapkan Kode Etik Rumah Sakit Indonesia? Sebagian besar direksi dan manajer menyatakan rumah sakit telah menerapkan KODERSI melalui pembentukan komite-komite, kebijakan, prosedur, *Hospital bylaws*, penanganan keluhan pelanggan, penerapan *informed consent*, pengelolaan rekam medik, diklat sumber daya manusia, pelayanan sesuai SOP, audit medis, hal tersebut sesuai hasil pengamatan dokumen. Menurut hasil diskusi kelompok terarah ada juga responden yang tidak tahu penerapan KODERSI di rumah sakit seperti pendapat berikut ini :

"Tidak tahu...., yang jelas RSUP Fatmawati sedang menyusun mengenai penanganan etik di rumah sakit"



Ketidaktahuan seorang manajer akan etika rumah sakit tentu akan mempengaruhi penerapan etika di lingkungan kerjanya, hal ini sesuai dengan pendapat Post *et.al* (1996), bahwa seorang manajer adalah figur otoritas dan teladan dalam suatu organisasinya, dengan memberikan contoh perilaku etika yang tinggi, mereka dapat mempengaruhi orang lain di sekitar mereka atau dengan kata lain perilaku dan sikap dari seorang atasan dipandang sebagai faktor penting dalam menentukan apakah seseorang berperilaku tidak etis dalam pekerjaannya.

Tanggung jawab umum rumah sakit merupakan kewajiban pimpinan rumah sakit menjawab pertanyaan-pertanyaan mengenai permasalahan peristiwa, kejadian dan keadaan di rumah sakit. Tanggung jawab khusus muncul jika ada anggapan bahwa rumah sakit telah melanggar kaidah-kaidah, baik dalam bidang hukum, etik, maupun tata tertib atau disiplin. (PERSI, 2001)

Pada pertanyaan jika terjadi masalah etik di rumah sakit, apakah anda mengetahui prosedur penyelesaiannya? Semua direksi dan manajer mengetahui prosedur penyelesaian masalah etik, yaitu melalui Komite Etika dan Hukum. Bila diperlukan penyelesaian hukum maka akan ditangani oleh Komite Etik dan Hukum.

Prosedur penanganan etik dan kemungkinan proses hukum di Rumah Sakit Fatmawati ada pada dokumen nomor: HK.00.07.1.934 tanggal 10 Maret 2004, yaitu:

- 1) Kasus yang menjadi masalah dilaporkan ke Komite Etika dan Hukum berdasarkan usulan yang diterima rumah sakit.
- 2) Pengajuan kasus ke SMF terkait melalui Tim Etik dan Mutu Komite Medik untuk dilakukan *1<sup>st</sup> Party Audit* di tingkat SMF tersebut.
- 3) SMF mengajukan kasus tersebut untuk dibicarakan dalam Tim Etik dan Mutu Profesi Komite Medik sebagai *2<sup>nd</sup> Party Audit*.
- 4) Dilakukan sidang etik di Komite Medik sesuai sistem Komite Medik.
- 5) Pelaporan hasil sidang kepada Direktur Utama.



Penelitian yang dilakukan oleh *The President's Commission for Ethics in Medicine and Behavioral and Biomedical Research* (DeBlois et al., 1994) tentang komite etik setelah dianalisa terdapat 6 fungsi potensial, yaitu:

- 1) Pemeriksaan kasus untuk memastikan diagnosis dan prognosis dokter mengenai kondisi pasien.
- 2) Pemeriksaan keputusan yang dibuat oleh dokter atau penanggung jawab mengenai jenis perawatan tertentu.
- 3) Membuat keputusan mengenai jenis perawatan yang sesuai bagi pasien yang tidak mampu.
- 4) Menyediakan program pendidikan umum bagi staf tentang bagaimana mengidentifikasi dan memecahkan permasalahan etika.
- 5) Menyusun kebijakan yang dapat diikuti oleh para staf bila menghadapi kasus-kasus sulit.
- 6) Memberikan konsultasi kepada dokter, pasien atau keluarga mereka dalam mengambil keputusan.

Pada saat penelitian, Komite Etika dan Hukum yang ada belum berfungsi optimal karena belum memiliki anggota walaupun ada tugas pokok dan fungsinya, seperti komentar dari responden berikut :

“ Tugas berat..... karena hanya sendirian.... ”

“ Sampai saat ini Komite Etika dan Hukum belum punya anggota, masih dalam seleksi sementara, tupoksinya sudah ada dalam kebijakan direktur”

Dalam Struktur Organisasi dan Tata Kerja (SOTK) Perjan Rumah Sakit Fatmawati tahun 2003, Komite Etika dan Hukum adalah wadah untuk mengkoordinasikan penegakan etika dan hukum rumah sakit.

Fungsi dan wewenang Komite Etika dan Hukum pada pasal 35 adalah :

- 1) mengusulkan penetapan etika dan hukum rumah sakit yang mengacu kepada etika Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia dan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku



- 2) melakukan koordinasi pelaksanaan etika dan penerapan hukum perumahsakitan
- 3) melakukan pendampingan masalah etika dan hukum yang terjadi di Rumah Sakit Fatmawati.

Hasil diskusi kelompok terarah, pengisian kuesioner, dan observasi tentang kewajiban rumah sakit memberikan pelayanan yang baik dan bermutu, serta tidak mendahulukan biaya, sebagian besar tenaga medis, perawat, dan manajer memberikan pendapat bahwa rumah sakit telah memberikan pelayanan yang baik kepada pelanggan serta mendahulukan pelayanan daripada biaya kepada pasien terutama di bagian emergensi, namun menurut hasil pengisian kuesioner sebagian besar dari pasien menyatakan bahwa ada permintaan uang muka sebelum pelayanan. Pada saat diskusi kelompok terfokus ada responden yang berkomentar bahwa permintaan uang muka diperbolehkan jika tidak dalam keadaan emergensi, seperti komentar berikut :

“ tapi kalau di rumah sakit kita juga berlaku hal-hal itu....yang *emergency* tidak boleh uang muka dulu kan.....tapi kalau yang tidak *emergency* ya uang muka dulu ya.....,sah-sah saja, “

Di dalam pasal 3 KODERSI (PERSI, 2001), rumah sakit harus mengutamakan pelayanan yang baik dan bermutu secara berkesinambungan serta tidak mendahulukan urusan biaya, rumah sakit diselenggarakan sebagai lembaga sosial ekonomi untuk kepentingan seluruh rakyat yang pada hakikatnya merupakan sumber pembiayaan proses pelayanan rumah sakit dan oleh karena itu tidak diperkenankan mendahulukan biaya, khususnya dalam menghadapi kasus gawat darurat.

Pada pemeliharaan catatan medik dan non medik sebagian besar responden menyatakan rekam medis telah dikelola dengan baik, ada standar operasional prosedur dan dilakukan evaluasi di dalam kelengkapan pengisian catatan medis bersama-sama dengan Komite Medik, hal ini didukung hasil pengamatan di Bagian Rekam Medis. Rekam Medis menurut Peraturan Menteri Kesehatan R.I. Nomor:



749a/MENKES/PER/XII/1989 adalah berkas yang berisi catatan, dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain kepada pasien pada sarana kesehatan.

Menurut Guwandi (2005), rumah sakit melalui struktur organisasinya harus lebih memperhatikan dilaksanakannya pencatatan rekam medis dengan baik, karena suatu rekam medis yang teratur rapi dan dibuat secara kronologis dengan baik dan lengkap akan merupakan bukti yang kuat di pengadilan.

Pada diskusi kelompok terarah, beberapa responden mengatakan bahwa pengisian catatan medis diserahkan kepada perawat walaupun hal tersebut menjadi tanggung jawab medis, ketidaklengkapan dalam pengisian catatan medik juga menjadi keluhan beberapa responden seperti komentar berikut :

“betul....perawat lagi yang akhirnya mengerjakan itu...gitu lho, itu kadang-kadang gimana ya....e..kok perawat terus yang dibikin pekerjaan ini”

“dua kali duapuluh empat jam harus sudah kita bawa ke *medical record*....tapi kadang-kadang ya resume belum....ya...kadang sampai satu minggu masih ada diruangan”

Pengisian rekam medis yang menjadi tanggung jawab dokter ternyata di lakukan oleh perawat tentu melanggar ketentuan perundangan, hal ini tidak sesuai dengan Undang-Undang R.I No. 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran pasal 46 bahwa setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis dan harus segera dilengkapi setelah pasien selesai menerima pelayanan kesehatan.

## B.2. Penerapan KODERSI terhadap masyarakat dan lingkungan

Pemahaman dan penerapan kewajiban rumah sakit terhadap masyarakat dan lingkungan meliputi rumah sakit harus jujur dan terbuka, peka terhadap saran dan kritik masyarakat, pelayanan terjangkau, serta bertanggung jawab terhadap pencemaran lingkungan. Sebagian besar



responden berpendapat bahwa rumah sakit menerima saran dan kritik melalui kotak saran, tempat pengaduan, dan ada unit pelayanan pelanggan yang menangani keluhan dari pelanggan. Rumah Sakit juga telah melakukan pengelolaan limbah cair dan limbah padat, ada Tim K3 yang bertugas menangani pencemaran lingkungan di rumah sakit. Ada responden yang memberikan komentar bahwa pengelolaan limbah belum optimal, seperti pendapat berikut ini :

"sampah daun tuh kadang dibakar dipojok sana...asapnya itu...mencemari kita...,tapi secara umum sudah bagus"

"sampah medis ya sudah disendirikan...walaupun masih ada kadang-kadang... tercampur... habis buka itu... terus dibuang ditempat sampah... umum bukan di tempat tersendiri..."

### B.3. Penerapan KODERSI terhadap pasien

Hasil diskusi kelompok terarah tentang pemahaman dan penerapan kewajiban rumah sakit terhadap pasien disampaikan bahwa hal tersebut meliputi kewajiban rumah sakit dalam mengindahkan hak-hak pasien, pemberian *informed consent* sebelum melakukan tindakan medik, serta melindungi pasien dari penyalahgunaan teknologi kedokteran.

Sebagian besar responden mengetahui hak-hak pasien secara tertulis antara lain hak pasien yang tertuang dalam Kebijakan Direktur Utama Rumah Sakit Fatmawati tentang Kode Etik Rumah Sakit Fatmawati Bab II pasal 9, yaitu:

- 1) Hak untuk memperoleh informasi mengenai kesehatan/penyakitnya.
- 2) Hak untuk memilih rumah sakit.
- 3) Hak untuk memilih dokter.
- 4) Hak untuk meminta pendapat dokter lain ( *second opinion* ).
- 5) Hak atas *privacy* dan atas kerahasiaan pribadinya.
- 6) Hak untuk menyetujui atau menolak tindakan atau pengobatan yang akan dilakukan oleh dokter.

Walaupun secara umum sumber daya manusia di Rumah Sakit Fatmawati mengetahui tentang hak pasien dan kebijakan direktur juga



mendukung adanya hak-hak pasien tersebut, namun masih ada pihak yang hanya sekedar mengetahui tetapi tidak melaksanakannya secara baik. Dokumen hak pasien tersebut diletakkan di ruang pelayanan namun dalam penerapannya masih belum sesuai, sebagaimana komentar dari responden berikut :

"jadi terus terang diruangan ada hak-haknya itu...tetapi antara jauh dan dekat....ada diruangan tetapi dipajang agak jauh..supaya tidak seratus persen bisa dibaca...terus terang bu...ini bener...saya nggak mau ini karena...kalau pasien itu tahu...kita tidak melaksanakan itu apa tidak menjadi bumerang bagi kami...."

" ada kelihatan judulnya aja...tapi bawahnya tidak terbaca....terus terang bu...saya nggak mau bohong...karena itu merupakan kendala bagi kami.....memang dari atasan..harus dipajang hak dan kewajiban pasien...memang rumah sakit sudah siap? saya bilang gitu...jadi kalau kami pelaksana terus terang aja belum berani"

Sesuai dengan KODERSI (PERSI, 2001), hak-hak asasi pasien adalah hak yang sangat fundamental yang dimiliki pasien sebagai seorang makhluk Tuhan, yang dalam hal ini ada dua hak dasar pasien, yaitu :

- 1) Hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dan asuhan keperawatan yang bermutu, sesuai dengan standar profesi kedokteran dan standar profesi keperawatan.
- 2) Hak untuk menentukan nasibnya sendiri.

Dari kedua hak dasar tersebut dapat diturunkan hak-hak pasien lainnya seperti :

- a) hak untuk memperoleh informasi mengenai kesehatan/penyakitnya
- b) hak untuk meminta pendapat dokter lain (*second opinion*)
- c) hak atas *privacy* dan atas kerahasiaan pribadinya
- d) hak untuk menyetujui atau menolak tindakan / pengobatan.

Undang-Undang R.I. nomor: 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran pasal 52 menyatakan, bahwa pasien dalam menerima pelayanan pada praktik kedokteran mempunyai hak:

- 1) mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang tindakan medis,
- 2) meminta pendapat dokter atau dokter gigi lain,



- 3) mendapatkan pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis,
- 4) menolak tindakan medis,
- 5) mendapatkan isi rekam medis

*Informed consent* menurut Achadiat (1996), berarti suatu izin atau pernyataan setuju dari pasien yang diberikan secara bebas, sadar, dan rasional, sesudah mendapatkan informasi dari dokter tentang penyakitnya.

Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor: 585/Menkes/Per/IX/1989 tanggal 4 September 1989, *Informed Consent* atau Persetujuan Tindakan Medik adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarganya atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut. Sejak berlakunya Peraturan Menteri Kesehatan tersebut, maka jika seorang dokter hendak melakukan tindakan medis harus memberikan informasi mengenai tindakan apa yang hendak dilakukan, apa resikonya, apa manfaatnya, ada tidaknya alternatif lain, dan apa yang mungkin terjadi apabila tindakan itu dilakukan.

Menurut sebagian besar responden di rumah sakit, hak atas informasi dan pemberian *informed consent* telah dilakukan, kuesioner pasien juga mendukung pernyataan tersebut, namun dari hasil diskusi kelompok terarah pemberian *informed consent* yang harusnya dilakukan oleh medis ternyata dilakukan oleh perawat, seperti komentar responden berikut:

"..... sampai saat ini informasi tentang suatu tindakan itu biasanya dilimpahkan secara tidak langsung ke karni sebagai perawat... jadi yang mestinya hak medis sampai saat ini pun..e...kenyataannya kami-kami yang lebih berperan"

"...yang berperan itu perawat...ada yang kadang-kadang...dok ini keluarga pasien...tolong dijelaskan...."yo...yo..engko wae...suster wae."

Pendapat responden tersebut di atas tentunya tidak sesuai dengan Undang-Undang Praktik Kedokteran No. 29 tahun 2004 pasal 45 yang menyebutkan bahwa setiap tindakan kedokteran dan kedokteran gigi yang



akan dilakukan oleh dokter atau dokter gigi terhadap pasien harus mendapat persetujuan.

Menurut Mulyohadi and Siregar (2006), pengembangan hubungan dokter-pasien secara efektif yang berlangsung secara efisien dengan tujuan utama penyampaian informasi atau pemberian penjelasan yang diperlukan dalam rangka membangun kerjasama antara dokter dengan pasien. Komunikasi yang dilakukan secara verbal dan non verbal menghasilkan pemahaman pasien terhadap kesehatannya, peluang dan kendalanya, sehingga dapat bersama-sama dokter mencari alternatif untuk mengatasi permasalahannya.

#### B.4. Penerapan KODERSI terhadap pimpinan , staf, dan karyawan

Tugas penting rumah sakit ialah membina iklim manajerial yang kondusif bagi pendidikan dan pelatihan kepribadian karyawan. Dalam hal memenuhi kewajiban rumah sakit terhadap pimpinan rumah sakit, maka sebagai pihak rumah sakit bertindak Pemilik Rumah Sakit atau wakilnya. Sedangkan dalam hal memenuhi kewajiban rumah sakit terhadap staf dan karyawan, maka yang bertindak sebagai pihak rumah sakit adalah Pimpinan/Direktur Rumah Sakit. (PERSI, 2001)

Kewajiban rumah sakit terhadap pimpinan, staf, dan karyawan pada KODERSI meliputi jaminan agar staf dan karyawan patuh terhadap etika profesi masing-masing, melakukan seleksi ketenagaan berdasarkan nilai, norma, dan standar ketenagaan, menjamin koordinasi dan hubungan baik di antara seluruh tenaga yang ada di rumah sakit, mengawasi agar pelayanan sesuai standar profesi, dan berkewajiban memberikan kesejahteraan karyawan serta menjamin keselamatan kerja sesuai peraturan yang berlaku. Sebagian besar responden menyatakan bahwa hubungan antara karyawan dan karyawan, juga pimpinan dan karyawan cukup baik, karyawan juga diberi kesempatan untuk mengikuti pendidikan dan pelatihan, serta diperhatikan dalam hal kesehatan melalui *general check-up*, namun dalam seleksi ketenagaan dan kesejahteraan masih ada



ketidakpuasan di antara mereka, seperti yang disampaikan responden berikut ini :

"..contohnya penempatan tenaga...terus terang saja belum... *the right man on the right place*..... terus terang saja walaupun pedomannya jelas..... sudah ada SOP tapi ternyata SOP ini tidak dilaksanakan"

"..Cuma ada juga surat sakti....yang mengintervensi dari luar....".

"ya maksudnya jangan terlalu jauhlah bedanya...gitu lho, kenapa kalau saya melihat dokter, perawat...dengan administrasi jauh sekali...."

### **C. Penanganan Masalah Etika di Rumah Sakit Fatmawati**

Komite Etika dan Hukum (KEH) Rumah Sakit Fatmawati, yang dibentuk berdasarkan Keputusan Direksi Perusahaan Jawatan (Perjan) RSUP Fatmawati nomor: OT.00.1.783 tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja Perjan RSUP Fatmawati, adalah wadah untuk mengkoordinasikan penegakan etika dan hukum rumah sakit. Sebagai antisipasi terhadap adanya dugaan pelanggaran etika dan hukum, KEH menyusun beberapa prosedur untuk menangani masalah etika dan hukum, yaitu: Prosedur Penanganan Masalah Etika, Prosedur Penanganan Etik dan Kemungkinan Hukum, Prosedur Penanganan Masalah Hukum, dan Prosedur Pencegahan Mediko-Legal.

#### **C.1. Prosedur penanganan masalah etika**

Tujuan dari Prosedur Penanganan Masalah Etika adalah sebagai berikut:

- 1) Menjamin terciptanya perlindungan etika bagi seluruh tenaga profesi di Rumah Sakit Fatmawati.
- 2) Terciptanya rasa aman dan nyaman dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pelanggan.



Prosedur penanganan masalah etika di Rumah Sakit Fatmawati adalah sebagai berikut:

- 1) Penyampaian surat pengaduan/keluhan dari pelanggan kepada Direksi melalui petugas Sub Bagian Tata Usaha/Sekretaris Direksi.
- 2) Pengarahan Direksi sehubungan dengan adanya pengaduan/keluhan pelanggan kepada Ketua Komite Etika dan Hukum.
- 3) Pelaksanaan koordinasi oleh Ketua Komite Etika dan Hukum tentang penanganan masalah etika dengan profesi terkait/satuan kerja terkait.
- 4) Pelaksanaan koordinasi oleh Ketua Komite Etika dan Hukum tentang penanganan masalah etika dengan Ketua Komite Medis dan Ketua Komite Keperawatan.
- 5) Mengidentifikasi keluhan utama pengaduan atau hasil penyelidikan pengadu oleh Ketua Komite Etika dan Hukum.
- 6) Memeriksa pengadu, lalu si teradu oleh Ketua Komite Etika dan Hukum.
- 7) Menganalisis secara mendalam pengaduan dikaitkan dengan peraturan rumah sakit, kode etik profesi terkait, dan Kode Etik Rumah Sakit Fatmawati oleh Ketua Komite Etika dan Hukum.
- 8) Melakukan konfrontasi (bila perlu) antara pengadu dan teradu oleh Ketua Komite Etika dan Hukum disaksikan oleh kepala satuan kerja terkait.
- 9) Memutuskan sengketa etika dan merekomendasikannya kepada Direksi oleh Ketua Komite Etika dan Hukum.

## C.2. Prosedur penanganan etik dan kemungkinan proses hukum

Pengertian penanganan etik dan kemungkinan hukum adalah kasus yang mempunyai tendensi masalah etik dan masalah hukum, atau kasus yang telah menjadi tuntutan etik dan hukum. Tujuan dari prosedur tersebut adalah untuk menanggapi kasus yang menjadi masalah etik atau hukum serta mempunyai tendensi masalah etik dan hukum.



Prosedur penanganan etik dan kemungkinan proses hukum sebagai berikut :

- 1) Kasus yang menjadi masalah dilaporkan ke Komite Etika dan Hukum berdasarkan usulan yang diterima rumah sakit.
- 2) Pengajuan kasus ke SMF (Satuan Medis Fungsional) terkait melalui Tim Etik dan Mutu Komite Medik untuk dilakukan *1<sup>st</sup> Party Audit* di tingkat SMF tersebut.
- 3) SMF mengajukan kasus tersebut untuk dibicarakan dalam Tim Etik dan Mutu Profesi Komite Medik sebagai *2<sup>nd</sup> Party Audit*.
- 4) Dilakukan sidang etik di Komite Medik sesuai sistem Komite Medik
- 5) Pelaporan hasil sidang kepada Direktur Utama.
- 6) Bila diperlukan penyelesaian hukum akan ditangani oleh Komite Etika dan Hukum.

### **D. Masalah Dalam Penerapan KODERSI**

Hasil analisis penerapan KODERSI di Rumah Sakit Fatmawati, menunjukkan hasil yang beragam karena menggunakan beberapa metode penelitian. Data sekunder yang dikumpulkan melalui studi dokumentasi memperlihatkan adanya kesamaan dan dukungan terhadap data primer yang sudah disajikan dengan pembuktian adanya permasalahan di dalam pemahaman dan penerapan KODERSI oleh sebagian besar manajer, medis, dan perawat sehingga perlu mendapat perhatian dari Direksi terutama yang bertentangan dengan pasal-pasal di dalam KODERSI, yaitu pada kewajiban rumah sakit secara umum (rekam medis, permintaan uang muka, kinerja Komite Etika dan Hukum) serta kewajiban rumah sakit terhadap pasien (*informed consent*).

#### **D. 1. Masalah Rekam Medis**

Permasalahan dan kendala utama pada pelaksanaan rekam medis di Rumah Sakit Fatmawati adalah ketidak lengkapan dan pendelegasian



diperkuat dengan hasil diskusi kelompok terarah dan data hasil monitoring dan evaluasi ketidak lengkapan pengisian rekam medis oleh bagian Rekam Medis Fatmawati tahun 2003 untuk SMF Bedah Umum, rata-rata ketidak lengkapan pengisian rekam medis 52,2%. Data sekunder tersebut adalah data ketidak lengkapan pengisian rekam medis yang setiap 3 bulan dilaporkan ke Komite Medik, sedangkan alasan ketidak lengkapan pengisian rekam medis karena komitmen petugas kesehatan masih rendah, kurangnya pemahaman arti pentingnya rekam medis, terlalu sibuk, bentuk formulir terlalu kompleks sehingga perlu waktu untuk melengkapi, monitoring dan evaluasi belum berjalan optimal.

Hasil penelitian Hutaeruk (1998), bahwa pada pengisian rekam medik walaupun berkas sudah disiapkan oleh perawat namun masih sering terjadi dalam memberikan perintah lisan kepada perawat tidak dicatat oleh dokter dalam rekam medik, sementara perawat sering menunda pengisian rekam medik karena alasan sibuk. Namun setelah dilakukan pemberdayaan komite rekam medik terdapat peningkatan mutu rekam medik yang semula prosentase ketidak lengkapan 49,5% setelah intervensi berkurang menjadi 17,5%.

Adanya dokter yang tidak melengkapi rekam medis bertentangan dengan Undang-Undang Praktik Kedokteran pasal 46 ayat 1, bahwa setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis, hasil diskusi kelompok terarah ada pendelegasian dari dokter kepada perawat secara lisan dalam pengisian rekam medis. Pada manual rekam medis Konsil Kedokteran Indonesia (2006) disebutkan bahwa selain dokter dan dokter gigi yang membuat/mengisi rekam medis, tenaga kesehatan lain yang memberikan pelayanan langsung kepada pasien dapat membuat/mengisi rekam medis atas perintah/pendelegasian secara tertulis dari dokter dan dokter gigi yang menjalankan praktek kedokteran.

Dokter dan dokter gigi yang tidak membuat rekam medis dapat dikenai saksi hukum (pidana kurungan/denda), sanksi disiplin dan etik



sesuai dengan Undang-Undang Praktik Kedokteran pasal 79, Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia (KKI), Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) dan Kode Etik kedokteran Gigi Indonesia (KODEKGI). Sanksi Etik dilakukan oleh organisasi profesi yaitu Majelis Kehormatan Etik Kedokteran (MKEK) dan Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Gigi (MKEKG). seperti yang tersebut dalam pasal 79 Undang-Undang Praktik Kedokteran.

Tindak lanjut dari bagian rekam medis Rumah Sakit Fatmawati untuk menyelesaikan masalah adalah :

1. Meningkatkan pertemuan lintas fungsi dengan seluruh satuan kerja terkait dengan penyelenggaraan rekam medis
2. Meningkatkan sosialisasi tentang rekam medis
3. Melaksanakan standarisasi formulir rekam medis dengan substansi yang mempermudah petugas kesehatan melaksanakan pengisian rekam medis
4. Meningkatkan sistem monitoring dan evaluasi dilaksanakan secara berkesinambungan
5. Adanya sistem *reward* dan *punishment* untuk petugas kesehatan

Sesuai dengan penelitian Hutaeruk (1998), bahwa mutu rekam medik rawat inap secara umum dapat dikatakan lebih baik hasilnya setelah dilaksanakan pembentukan dan pemberdayaan Komite Rekam Medik yang diikuti dengan pelatihan bagi perawat, dokter dan petugas, penerapan prosedur tetap dan perubahan format rekam medik. Terdapat kesesuaian antara penelitian di Rumah Sakit Fatmawati dengan penelitian yang dilakukan peneliti lain sebelumnya. Bahwa ketidaklengkapan pengisian rekam medis karena dokter terlalu sibuk sehingga pengisian diserahkan kepada perawat.

## D.2. Masalah Permintaan Uang Muka

Hasil diskusi kelompok terarah dan hasil kuesioner pada pasien IRNA sebanyak 52,5% menyatakan bahwa ada permintaan uang muka



terlebih dahulu sebelum pelayanan, hal tersebut bertentangan dengan Bab I pasal 3 dari KODERSI bahwa rumah sakit harus mengutamakan pelayanan yang baik dan bermutu secara berkesinambungan pada dasarnya merupakan penyelenggaraan pelayanan secara menyeluruh, diselenggarakan sebagai sebuah lembaga sosial ekonomi untuk kepentingan seluruh rakyat yang pada hakikatnya merupakan sumber pembiayaan proses pelayanan rumah sakit dan oleh karena itu tidak diperkenankan mendahulukan dan mengutamakan hal ikhwal yang menyangkut biaya dari layanan, khususnya dalam menghadapi kasus gawat darurat.

Rumah sakit sudah seharusnya melaksanakan kewajiban memberikan pelayanan sebaik-baiknya sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor: 378/Menkes/Per/V/1993 tentang Fungsi Sosial Rumah Sakit Bab II pasal 2 bahwa bentuk fungsi sosial rumah sakit pelayanan gawat darurat dalam 24 jam tanpa mempersyaratkan uang muka, tetapi mengutamakan pelayanan, kewajiban tersebut juga terdapat pada Surat Edaran Direktur Jenderal Pelayanan Medik nomor: YM. 02. 04. 3. 5. 2504 tentang Pedoman Hak dan Kewajiban Pasien, Dokter dan Rumah Sakit. Tindak lanjut masalah ini sebaiknya Direksi melakukan audit internal untuk menyelesaikan masalah permintaan uang dahulu karena bertentangan dengan KODERSI. Masalah permintaan uang muka selain bertentangan dengan KODERSI pasal 3, juga tidak sesuai dengan kebijakan pemerintah dan kebijakan tentang uang muka pasien rawat inap di Rumah Sakit Fatmawati pada dokumen nomor: HK,00.07.2.123 tanggal 6 Mei 2005. Namun perlu penelitian lain untuk mendukung hal tersebut.

#### D.3. Masalah *Informed Consent*

Hasil diskusi kelompok terarah menyebutkan bahwa kadang *informed consent* tidak disampaikan oleh dokter tetapi diserahkan ke perawat, hal tersebut bertentangan dengan Undang-Undang Kesehatan, Undang-Undang Praktik Kedokteran dan KODERSI pasal 9, 10, 11. Pada



Undang-Undang Kesehatan pasal 53 ayat 2, disebutkan bahwa tenaga kesehatan dalam melakukan tugasnya berkewajiban untuk memenuhi standar profesi dan menghormati hak pasien (hak untuk mendapatkan informasi dan hak untuk memberikan persetujuan) sedangkan didalam Undang-Undang Praktik kedokteran, pasal 45 ayat 1 bahwa setiap tindakan kedokteran dan kedokteran gigi yang akan dilakukan oleh dokter atau dokter gigi terhadap pasien harus mendapat persetujuan. Hasil penelitian Dewi (1998), menyatakan bahwa persentase dokter juga perawat yang memberikan informasi dalam praktek pelaksanaan *informed consent* secara bersama-sama sebesar 68%, kemudian dokter sendiri 18% lalu perawat 13%.

Menurut Guwandi (2005), pemberian informasi itu harus dilakukan oleh dokter itu sendiri dan tidak boleh didelegasikan kepada perawat. Hal ini juga membahayakan bagi dokter itu sendiri, karena pada akhirnya tanggung jawab tetap pada dokternya. Bisa saja terjadi perawat memberikan informasi yang keliru atau kurang jelas, sehingga terdapat kekhilafan pengertian oleh pasiennya.

Menurut Darsono (2005), sekarang ini tenaga keperawatan masih melakukan tindakan yang termasuk tenaga medis, dan masih diperintahkan oleh tenaga medis dalam konstruksi "perpanjangan tangan" dari tenaga medis dengan asumsi tenaga medis yang memerintahkan tetap bertanggung jawab secara hukum dan moral serta mempercayakan tindakan yang dikuasai oleh tenaga keperawatan yang sudah dididik dan berpengalaman, namun tenaga keperawatan wajib menolak melaksanakan perintah yang kemampuan teknisnya tidak dikuasainya, hal ini sesuai dengan penelitian Tarigan (1998), informasi pada pasien mengenai prosedur medis adalah merupakan tanggung jawab dokter akan tetapi sering perawat membantu dalam pelaksanaan penandatanganan formulir *informed consent* oleh pasien, apabila perawat menilai bahwa pasien belum mengerti prosedur *informed consent* maka



penandatanganan harus ditunda dan memberitahukan pada dokter untuk menjelaskan pada pasien.

Data yang dilaporkan dari bagian rekam medik kepada Komite Medik bulan Januari s/d September 2003 menyebutkan bahwa secara umum ketidaklengkapan pengisian lembar *informed consent* dibagian bedah diatas 50% tidak diisi lengkap, hal ini sesuai dengan penelitian Tarigan (2005), bahwa pasien bedah umum di RSUD Sleman yang tidak menerima penjelasan tentang resiko medik sebanyak 43,47% dan nama tindakan yang dilakukan dokter tidak diisi sebanyak 63,32%, tanda tangan dokter tidak diisi sebanyak 91,30%. Hasil bahwa informasi yang disampaikan pada pasien bedah umum tentang resiko dari penyakit pasien tidak seimbang antara *risk* dan *benefit* dari tindakan yang dilakukan, karena dalam memberi informasi terlihat terburu-buru. Pada pengisian formulir *informed consent* terdapat ketidaklengkapan karena petugas menunda menulis dan kemudian lupa. Pada kolom tanda tangan petugas pemberi informasi *informed consent* bedah umum, dokter tidak membubuhkan tanda tangan, hal ini sesuai dengan hasil penelitian Amiranti (1998), yang menyatakan bahwa tanda tangan dokter tidak dimanfaatkan sebagai bukti informasi yang adekuat, dokter tidak menjelaskan cara operasi dan penjelasan hak-hak pasien sebanyak 45%-50% dan pemberian informasi dengan terburu-buru sebanyak 39%, alasan hal tersebut karena beban kerja dokter Ortopedi sangat padat.

Menurut penelitian Hutaauruk (1998), alasan ketidaklengkapan tersebut juga karena dokter terlalu sibuk dan beban kerja sehingga pengisian lembar *informed consent* mengandalkan perawat.

Tindak lanjut yang dilakukan bagian rekam medik Rumah Sakit Fatmawati adalah *feed back* data, evaluasi dan sosialisasi lebih intensif oleh Tim Rekam Medik kepada petugas kesehatan tentang pentingnya pengisian *informed consent*. Sebaiknya komite medik melakukan audit medik lebih mendalam untuk masalah ini agar tenaga medis terhindar dari tuntutan hukum. Hasil beberapa peneliti tersebut diatas ternyata ada



kesesuaian dengan hasil penelitian di Rumah Sakit Fatmawati bahwa ketidaklengkapan formulir *informed consent* karena dokter terlalu sibuk sehingga terburu-buru dalam memberi informasi, sehingga diserahkan ke perawat.

#### D.4.Masalah Komite Etika dan Hukum

Saat ini komite etik rumah sakit semakin dibutuhkan apalagi ditengah maraknya tuntutan malpraktek, sehingga kesadaran akan pentingnya pelayanan medis yang profesional dan beretika menjadi bagian dari budaya organisasi di rumah sakit menuju peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Komite Etika dan Hukum, walaupun telah dibentuk melalui Struktur Organisasi dan Tata Kerja (SOTK) Perusahaan Jawatan Rumah Sakit Fatmawati Bab IV Pasal 35, Komite Etika dan Hukum belum optimal kinerjanya, hasil wawancara mendalam dengan Ketua Komite Etika dan Hukum terutama tentang kegiatan yang sudah dilakukan dan jumlah kasus yang ditangani, ternyata Komite tersebut belum sepenuhnya menjalankan tugas dan fungsinya. Kegiatan yang telah dilakukan adalah pertemuan-pertemuan dengan Komite medik (pada audit ketiga/*3<sup>rd</sup> Party Audit*), ketua SMF, dan Manajer Instalasi, yang masih sebatas konsultasi masalah hukum sedang kasus etik belum pernah ditangani.

Pada saat penelitian, Komite Etika dan Hukum belum mempunyai anggota sehingga kinerjanya belum optimal. Upaya yang dilakukan Komite Etika dan Hukum untuk mengoptimalkan kinerja dengan cara segera merekrut anggota dan lebih aktif berbicara dalam setiap rapat rutin mengenai perlunya setiap profesi di rumah sakit lebih memahami dan menerapkan KODERSI dalam pelaksanaan tugas sehari-hari.

Organisasi Badan-Badan Etik Rumah Sakit Indonesia di dalam KODERSI (2001) di tingkat rumah sakit merupakan badan otonom, berfungsi sebagai penasehat dan berkewajiban membantu pimpinan rumah sakit. Ketua dan anggota KERS dipilih dan diangkat oleh Direktur



rumah sakit, sekurang-kurangnya terdiri dari seorang Ketua, seorang Wakil Ketua, seorang Sekretaris, dan 2 (dua) orang Anggota, dengan jumlah seluruhnya paling banyak 7 (tujuh) orang. Menurut Gunawan (2004), agar komite etik dapat tetap eksis dan berkembang jika ada dukungan dari pimpinan dan staf rumah sakit, anggota komite adalah orang yang kredibel, cukup senior dan memiliki pengaruh di rumah sakit, komite memiliki program kerja yang jelas, pertemuan dilakukan secara teratur, laporan kerja komite dibuat dan disebarluaskan sehingga diketahui oleh seluruh staf rumah sakit. Sesuai hasil penelitian, ketidaklengkapan struktur organisasi Komite Etika dan Hukum menyebabkan kinerja komite tidak optimal sehingga perlu melengkapi keanggotaan sesuai dengan KODERSI.

. Hasil yang beragam dari penelitian sesuai dengan keadaan yang sebenarnya di lapangan, dan terkait dengan jabatan dan tanggung jawab masing-masing responden di rumah sakit sehingga timbul perbedaan dalam penyampaian pendapat dan perbedaan kepentingan dari masing-masing responden. Perbedaan pendapat diupayakan hanya berasal dari subyek penelitian sehingga bias dari peneliti dapat diminimalkan, dengan cara berlaku netral saat diskusi kelompok, yakni dengan meminta bantuan kepada moderator atau pemandu diskusi yang bertujuan agar peserta diskusi lebih merasa bebas dan nyaman dalam menyampaikan pendapat, peneliti hanya bertindak sebagai pencatat dan pengamat, selain itu agar validitas data terjaga dilakukan triangulasi metode dengan cara wawancara mendalam, diskusi kelompok terarah (FGD), dan pengisian kuesioner.

## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

1. Penerapan Kode Etik Rumah Sakit Indonesia (KODERSI) di Rumah Sakit Fatmawati telah dilaksanakan melalui :
  - a) Kewajiban umum rumah sakit yaitu: Direktur Utama membuat kebijakan tentang Kode Etik Rumah Sakit Fatmawati, pembentukan Komite Etika dan Hukum untuk menangani masalah etik dan hukum, dokumentasi catatan medik.
  - b) Kewajiban terhadap masyarakat dan lingkungan yaitu: kotak saran, bagian pelayanan pelanggan untuk menangani keluhan pasien, pembentukan Tim K3 (Keselamatan Kerja, Kebakaran dan Kewaspadaan Bencana) untuk penanganan limbah cair dan padat, pendirian klub stroke, klub jantung, pembinaan bidan diwilayahnya.
  - c) Kewajiban terhadap pasien yaitu: pelaksanaan *informed consent*, penggunaan teknologi kedokteran sesuai indikasi.
  - d) Kewajiban terhadap pimpinan, staf dan karyawan yaitu: rapat koordinasi secara rutin, pemenuhan sarana dan prasarana, pendidikan dan pelatihan bagi karyawan, *medical check up*, pemberian tunjangan khusus dan tambahan menu makanan bagi tempat beresiko (petugas laboratorium, radiologi, perawat), acara halal bihalal, piknik bersama.
  - e) Sebagian besar manajer, medis, dan perawat telah memahami dan menerapkan KODERSI, namun ada beberapa hal yang bertentangan dengan pasal-pasal di dalam KODERSI, terutama pada kewajiban umum rumah sakit yaitu adanya permintaan uang muka terlebih dahulu sebelum pelayanan (pasal 3), ketidak



lengkapan pengisian rekam medis (pasal 4) dan pendelegasian lisan terhadap perawat untuk pengisian rekam medis (pasal 4).

- f) Pada kewajiban terhadap pasien, yang bertentangan dengan pasal 10, pasal 11 dan pasal 12 KODERSI adalah pelaksanaan *informed consent* yang seharusnya informasi tindakan medik yang akan dilakukan disampaikan oleh dokter ternyata didelegasikan kepada perawat.
- g) Rumah Sakit Fatmawati belum sepenuhnya melaksanakan KODERSI.

2. Prosedur penanganan masalah etika di Rumah Sakit Fatmawati dilakukan melalui:

- a) Komite Etika dan Hukum yang dalam menjalankan fungsi dan tugasnya menggunakan beberapa prosedur penanganan masalah etika dan hukum sebagai acuan.
- b) Pertemuan koordinasi dengan Komite Medik, Komite Keperawatan, Ketua SMF, dan Manajer Instalasi masih sebatas konsultasi masalah hukum dan belum menangani masalah etik secara khusus
- c) Komite Etika dan Hukum, belum bekerja secara optimal karena masih belum memiliki anggota dan staf untuk membantu komite.

3. Masalah dalam penerapan KODERSI di Rumah Sakit Fatmawati meliputi:

- a) Ada beberapa manajer, medis, dan perawat yang belum memahami dan menerapkan KODERSI, terutama pada kewajiban umum rumah sakit dan kewajiban rumah sakit terhadap pasien
- b) Adanya permintaan uang muka terlebih dahulu sebelum pelayanan.
- c) Kurangnya kesadaran dokter untuk mengisi dan melengkapi rekam medis dengan menyerahkan kepada perawat secara lisan.
- d) Dokter menyerahkan pelaksanaan *informed consent* kepada perawat.



- e) Kinerja Ketua Komite Etika dan Hukum belum optimal karena belum memiliki anggota dan staf.

### **B. Saran**

Berdasarkan pada pembahasan sebelumnya maka dalam penelitian ini dapat disarankan bahwa:

- 1) Direktur Rumah Sakit Fatmawati dapat melakukan sosialisasi secara berkala tentang KODERSI kepada seluruh karyawan pada pertemuan formal dan informal bersama dengan Komite Etika dan Hukum agar seluruh karyawan memahami dan lebih sensitif terhadap etika rumah sakit.
- 2) Evaluasi kinerja tenaga medis melalui audit medis terutama dalam pengisian rekam medis dan pelaksanaan *informed consent* agar sesuai pedoman dan standar.
- 3) Evaluasi kinerja petugas melalui audit internal terutama dalam permintaan uang muka kepada pasien yang berada di instalasi gawat darurat.
- 4) Kepada Ketua Komite Etika dan Hukum, dapat melengkapi organisasi Komite Etika dan Hukum dengan penambahan anggota dan staf agar kinerja komite lebih optimal, didalam pelaksanaan tugasnya senantiasa menjalin kerjasama dengan Komite Medik dan Komite keperawatan dalam penanganan kasus etika.
- 5) Bagi rumah sakit lain yang akan menerapkan KODERSI perlu pemahaman oleh sumber daya manusia yang ada dan mempersiapkan struktur organisasi Komite Etika Rumah Sakit agar dapat berfungsi optimal.
- 6) Bagi Pengambil Keputusan, evaluasi penerapan KODERSI perlu dilakukan secara berkala agar pelayanan di rumah sakit sesuai etika.



## DAFTAR PUSTAKA

- Achadiat, C.M. (1996) *Pernik-Pernik Hukum Kedokteran: Melindungi Pasien dan Dokter*. Widya Medika. Jakarta.
- Amiranti, D.R. (1998) "*Pengaruh Pelaksanaan Informed Consent terhadap Kepuasan Pasien Pasca Bedah di Instalasi Rawat Inap SMF Ortopedi RSUP Fatmawati Jakarta*". Tesis Magister Manajemen Rumah Sakit Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Darsono, S.P., Suharto, G., & Prasetyo, A. (2005) *Etik, Hukum Kesehatan & Kedokteran*, Cetakan I, Bagian Ilmu Kedokteran Forensik & Medikolegal Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro, Semarang.
- DeBlois, J., Norris, P., & O'Rourke, K. (1994) *A Primer for Health care Ethics: Essays for a Pluralistic Society*. Georgetown University Press, Washington, D.C., 44: 151-154.
- Departemen Kesehatan R.I. (1992) *Petunjuk Pelaksanaan Majelis Pembinaan dan Pengawasan Etika Pelayanan Medis*. Direktorat Jenderal Pelayanan Medik. Jakarta.
- Departemen Kesehatan R.I. (1994) *Buku Pedoman Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit (Konsep dasar dan prinsip)*. Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Direktorat RS Khusus dan Swasta. Jakarta.
- Departemen Kesehatan R.I. (2002) *Instrumen 5 Pelayanan, Pedoman Survei Akreditasi*. Direktorat Jenderal Pelayanan Medik dan Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Jakarta.
- Dewi, R.R. (1998) "*Aspek Hukum dan Evaluasi Pelaksanaan Informed Consent Di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta*". Tesis Magister Manajemen Rumah Sakit, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Firmanda, D. (2004, September) Pengalaman Komite Medis RS Fatmawati dalam melaksanakan Audit Medis. *Naskah dipresentasikan dalam seminar Temu Karya I: Implementasi Good Clinical Governance di bidang Pelayanan Medis*. Jakarta.



- Gasparz, V. (2005) *Total Quality Management*. Cetakan IV, PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Guwandi, J. (1991) *Dokter dan Rumah Sakit*. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta.
- Guwandi, J. (2005) *Rahasia Medis*. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta.
- Hanafiah, M.J. & Amir, A. (1999) *Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan*. Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Hutauruk, C.P. (1998) *"Peningkatan Mutu Rekam Medik Rawat Inap Melalui Pembentukan dan Pemberdayaan Komite Rekam Medik Di RSUD Gianyar"*. Tesis Magister Manajemen Rumah Sakit, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Jacobalis, S. (2003, Agustus). Memahami Clinical Governance. *Naskah dipresentasikan dalam Seminar Clinical Governance*. Jakarta.
- Jacobalis, S. (2004a, April). Etika Rumah Sakit Tentang Identifikasi Masalah dan Mekanisme Untuk Pemecahannya. *Naskah dipresentasikan dalam Seminar Permasalahan Masyarakat Perumahsakitan Serta Penangannya Ditinjau Dari Aspek Hubungan Kerja, Kinerja, Etika, dan Hukum*. Jakarta.
- Jacobalis, S. (2004b, Nopember). Etika Profesi dan Etika Institusi Sebagai Landasan Untuk Menangkal Malpraktek Medis Di Rumah Sakit. *Naskah dipresentasikan dalam Pertemuan Nasional III Bioetika dan Humaniora Kesehatan*, Jakarta.
- Jurchak, M. (1994) Clinical Ethics Consultants : Survey and Practice. In : Monagle, J.F. & Thomasma, D.C.eds. *Health Care Ethics: Critical Issues for the 21<sup>st</sup> Century*, Gaithersburg, Maryland : Aspen Publisher, Inc., pp. 471-481.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor: 924/MENKES/SK/XII/1986. Tentang *Berlakunya Kode Etik Rumah Sakit Indonesia Bagi Rumah Sakit Di Seluruh Indonesia*.
- Kusnanto, H.,-, *Metode Kualitatif dalam Riset Kesehatan*. Program Studi IKM Pascasarjana Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.



- Lo, B. (1987) Behind Closed Doors: Promises and Pitfalls of Ethics Committees. In: Mappes, T.A. & DeGrazia, D. *Biomedical Ethics*. Fourth Edition, McGraw-Hill, Inc., United States of America, pp. 180-185.
- Marsaban, J.; Survey Research Indonesia (SRI). (1997, Januari) Monitoring dan Evaluasi. *Naskah dipresentasikan dalam pertemuan Pelatihan PKM*, Jakarta.
- McGee, G., Caplan, A.L., Spanogle, J.P., & Asch, D.A. (2001) A National Study of Ethics Committees. *The American Journal of Bioethics*, 1 (4) Fall 2001, pp. 60-64.
- Miles, M.B. & Huberman, A.M. (1992) *Analisis Data Kualitatif*, UI-Press, Cetakan I, Jakarta.
- Mulyohadi, A. & Siregar, A. (2006) *Manual Komunikasi Efektif Dokter – Pasien*. Cetakan I, Konsil Kedokteran Indonesia, Jakarta.
- Nadapdap, B.R. (2003) Peran Komite Etika dan Hukum Di RSUP Fatmawati. *Buletin RS. Fatmawati*. Edisi 25, Agustus, pp. 5-6.
- Nurlela, E., Sudarti, K., Wuryaningsih, E., & Ariawan, I. (1999) *Aplikasi Penelitian Kualitatif dalam Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular*. FKM-UI dan Ditjen P2MPLP, Departemen Kesehatan R.I., Jakarta.
- Peraturan Menteri Kesehatan R.I. nomor: 585/MENKES/PER/IX/1989 Tentang *Persetujuan Tindakan Medik*.
- Peraturan Menteri Kesehatan R.I. nomor: 749a/MENKES/PER/XII/1989 Tentang *Rekam Medis*.
- Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) (2001) *Kode Etik Rumah Sakit Indonesia (KODERSI)*. Jakarta.
- Post, J.E., Frederick, W.C., Lawrence, A.T., & Weber, J. (1996) *Business and Society, Corporate Strategy, Public Policy, Ethics*. McGraw-Hill Inc, Eighth edition, United States of America. pp.113-139.
- Pritchard, J. (1996) Ethical decision-making and the positive use of codes. In: Frith, L. ed. *Ethics and Midwifery : Issues in Contemporary Practice*. London : Reed Educational and Professional Publishing Ltd, pp. 189-204.



- Samil, R.S. (2002, Agustus) *Etika Profesi Kedokteran. Naskah dipresentasikan dalam Seminar Penyempurnaan dan Sosialisasi Etika Profesi (Seminar Aspek Hukum, Etika Rumah Sakit dan Etika Profesi di bidang Pelayanan Medik)*. Jakarta.
- Sampurna, B. (2002, Agustus) *Kode Etik Rumah Sakit dan Kode Etik Profesional. Naskah dipresentasikan dalam Seminar Aspek Hukum, Etika Rumah Sakit dan Etika Profesi di bidang Pelayanan Medik*. Jakarta.
- Suratman, E. (1993, Nopember). *Hubungan Rumah Sakit dengan Pasien Dipandang dari Sudut Hukum dan Etika. Naskah dipresentasikan dalam Konggres VI PERSI*, Jakarta.
- Surat Edaran Direktur Jenderal Pelayanan Medik nomor: YM. 02. 04. 3. 5. 2504 tertanggal 10 Juni 1997 Tentang *Pedoman Hak dan Kewajiban Pasien, Dokter dan Rumah Sakit*.
- Tarigan, S. F. N. (2005) *"Aspek Hukum Format Informed Consent dan Pelaksanaannya di RSUD Sleman"*. Tesis Magister Manajemen Rumah Sakit, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Thomasma, D.C. & Monagle, J.F. (1998) *Hospital ethics committees: roles, memberships, structure, and difficulties*. In: Monagle, J.F. & Thomasma, D.C.eds. *Health Care Ethics: Critical Issues for the 21<sup>st</sup> Century*, Gaithersburg, Maryland : Aspen Publisher, Inc., pp. 460-470.
- Undang - Undang Republik Indonesia nomor: 29 Tahun 2004 Tentang *Praktik Kedokteran*. Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Utarini, A. (2000) *Metode Penelitian Kualitatif*. Magister Kesehatan Ibu dan Anak UGM, Yogyakarta.



UNIVERSITAS  
GADJAH MADA

DEPARTEMEN KESEHATAN R.I.  
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN MEDIK

RUMAH SAKIT LUMUT DUSAT  
Penerapan kode etik rumah sakit Indonesia di Rumah Sakit Fatmawati Jakarta  
HARTANTI, Luki, dr. Tridjoko H. DTMH., M.Kes  
Universitas Gadjah Mada 2003 | Diunduh dari <http://eud. repository.ugm.ac.id/>



Nomor : DL.02.02.3...110  
Lampiran : -  
Perihal : Izin Penelitian

Jakarta, 9 April 2002

Kepada  
Yth. Ketua Pelaksana  
MMR UGM Kerjasama Depkes RI  
Jl. Hang Jebat III / F3  
Kebayoran Baru - Jakarta Selatan  
Telp. 021-7202811  
Fax. 021-7257340

Sehubungan dengan surat Saudara Nomor : 063/Akd/MMR-Jkt/III/01-02 tanggal 16 Maret 2002, perihal Izin Penelitian, dengan ini kami beritahukan bahwa pada prinsipnya kami dapat mengizinkan mahasiswa Saudara :

N a m a : Drg. Luki Hartanti  
Nomor Pokok : 16373/III-2/3015/01

untuk melakukan penelitian di RS Fatmawati Jakarta sesuai prosedur yang berlaku dengan judul : *"Evaluasi Penerapan (Kodersi) Kode Etik Rumah Sakit Indonesia di Rumah Sakit Fatmawati"*

Untuk pelaksanaannya yang bersangkutan diwajibkan untuk :

1. Menghubungi Kepala Bidang Diklit RS Fatmawati dengan membawa foto ukuran 2 x 3 sebanyak 2 (dua) lembar.
2. Mempresentasikan hasil penelitiannya di RS Fatmawati.

Demikian, atas perhatian Saudara kami ucapkan terima kasih.

Rumah Sakit Fatmawati  
Direktur Utama,  
  
Dr. Tridjoko H. DTMH., M.Kes  
140 090 236

Tembusan kepada Yth :  
1. Ka. Bagian Sekretariat RS Fatmawati;  
2. Ka. Instalasi Diklit RS Fatmawati;  
3. Yang bersangkutan.



## Lampiran 1.

### PEDOMAN DISKUSI KELOMPOK TERARAH (FGD) PENERAPAN KODE ETIK RUMAH SAKIT INDONESIA

#### PERKENALAN :

1) Memperkenalkan diri dan pencatat.

Saya Luki Hartanti, mahasiswa MMR-UGM, dan ini teman saya ..... yang akan membantu saya mencatat diskusi ini.

Selain mencatat kami juga akan menggunakan alat perekam untuk membantu pencatat supaya hal-hal yang penting dari diskusi ini tidak akan terlewat.

2) Menjelaskan tujuan diskusi.

Kami ingin melakukan penelitian di Rumah Sakit Fatmawati, maka untuk mendukung penelitian ini kami mengumpulkan pendapat, pengalaman anda sehubungan dengan penerapan etika di Rumah Sakit Fatmawati.

3) Menjelaskan jaminan kerahasiaan dan semua jawaban diterima.

Jangan malu-malu atau takut menjawab salah. Tidak ada jawaban yang “salah”, semua jawaban diterima, sesuai pendapat dan pengalaman anda. Jangan takut kalau mau mengatakan yang bertentangan dengan pendapat peserta diskusi yang lain, ataupun kalau mau mengemukakan kekurangan-kekurangan dari segi pelayanan kesehatan di rumah sakit. Kami tidak akan melaporkan hasil diskusi secara perorangan.



#### 4) Perkenalan masing-masing responden.

Menanyakan nama responden masing-masing, responden dibuatkan label nama untuk memudahkan pengenalan selama diskusi, tanyakan :

- umur
- unit kerja
- berapa tahun bekerja di rumah sakit
- jabatan

### **PERTANYAAN :**

#### **I. Kewajiban Umum Rumah Sakit**

1. Menurut anda apa yang menjadi kewajiban dari rumah sakit ?
2. Terhadap semua kejadian yang terjadi di rumah sakit , bagaimana cara rumah sakit mengatasinya?
3. Bagaimana pendapat anda dengan rumah sakit yang mendahulukan biaya daripada pelayanan terhadap pasien?
4. Bagaimana dengan pemeliharaan catatan/arsip medik dan non medik di Rumah Sakit Fatmawati?
5. Menurut anda bagaimana rumah sakit menghadapi perkembangan dunia perumahan sakitan?

#### **II. Kewajiban Rumah Sakit Terhadap Masyarakat dan Lingkungan**

1. Bagaimana cara rumah sakit memperoleh saran dan kritik masyarakat kemudian bagaimana rumah sakit menyikapinya ?
2. Apakah ada kebijakan pelayanan rumah sakit yang disesuaikan dengan kebutuhan masyarakat setempat? misalnya?
3. Bagaimana rumah sakit mengelola masalah pencemaran lingkungan?

#### **III. Kewajiban Rumah Sakit Terhadap Pasien**

1. Apakah anda mengetahui tentang hak-hak pasien?
2. Sebelum melakukan tindakan medik menurut anda sebaiknya apa yang harus dilakukan rumah sakit?



3. Bagaimana sikap rumah sakit terhadap penyalahgunaan teknologi kedokteran?

#### **IV. Kewajiban Rumah Sakit Terhadap Pimpinan, Staf, dan Karyawan**

1. Bagaimana menurut anda agar pimpinan, staf dan karyawan senantiasa mematuhi etika profesi masing-masing?
2. Apa yang dilakukan rumah sakit dalam rekrutmen tenaganya?
3. Bagaimana memelihara hubungan antar karyawan?
4. Bagaimana cara rumah sakit meningkatkan kualitas karyawannya?
5. Bagaimana agar pelayanan sesuai dengan standar profesi?
6. Menurut anda apakah kesejahteraan dan keselamatan kerja menjadi perhatian rumah sakit? realisasinya?

#### **V. Penutup**

Ucapan terima kasih pada responden atas partisipasi dan informasi yang diberikan.



## Lampiran 2.

### **PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM (*in-depth interviews*) PENERAPAN KODE ETIK RUMAH SAKIT INDONESIA**

#### **A. Tujuan Wawancara:**

Memperoleh informasi, keterangan dan, pengetahuan dari responden penelitian (Direksi, Komite, Satuan Pengawas Intern, Kepala Bagian, Kepala Bidang) tentang Kode Etik Rumah Sakit Indonesia (KODERSI) melalui wawancara mendalam.

#### **B. Prosedur:**

2. Menerangkan tujuan dari wawancara mendalam.
3. Perkenalan dengan peserta wawancara.
4. Menggali informasi dari peserta wawancara tentang KODERSI.

#### **C. Pelaksanaan**

##### **1. Pendahuluan**

- a) Ucapan terima kasih kepada responden atas kesediaannya telah meluangkan waktu dalam kegiatan wawancara ini.
- b) Tujuan wawancara, pada hari ini saya membutuhkan informasi tentang Penerapan Kode Etik Rumah Sakit Indonesia di Rumah Sakit Fatmawati melalui pendapat anda. Informasi anda sangat berguna untuk mengevaluasi penerapan KODERSI di Rumah Sakit Fatmawati.
- c) Menerangkan tentang wawancara mendalam.

Dalam wawancara ini anda dapat mengemukakan pengalaman, keinginan dan harapan anda terhadap hal-hal yang berkaitan dengan etik rumah sakit, baik yang bersifat positif maupun yang bersifat negatif. anda tidak perlu ragu dalam menyampaikan hal-hal yang baik dan yang tidak baik di dalam penerapan etik di rumah sakit. Informasi dari anda tidak akan mempengaruhi status kepegawaian anda karena identitas anda tidak akan

diekspos bahkan dirahasiakan. Wawancara ini diperkirakan akan berlangsung satu jam. Karena keterbatasan saya untuk mengingat informasi yang anda sampaikan, maka saya mohon ijin untuk merekam jalannya wawancara ini. Rekaman ini hanya saya sendiri yang mendengarkan, jadi anda tidak usah sangsi untuk menyampaikan pendapatnya dan kita santai saja.

## 2. Perkenalan:

Supaya jalannya wawancara lebih lancar dan akrab sebaiknya kita berkenalan dulu, saya Luki Hartanti, Mahasiswa MMR-UGM, selanjutnya saya persilahkan anda memperkenalkan identitas , nama, lama bekerja di Rumah Sakit Fatmawati, jabatan di rumah sakit.

## 3. Pertanyaan.

Pemahaman terhadap KODERSI:

- 1) Apa yang anda ketahui tentang KODERSI?
- 2) Menurut anda apakah rumah sakit telah menerapkan KODERSI? bisa anda memberikan contohnya?
- 3) Menurut anda apa pengaruh penerapan KODERSI bagi rumah sakit? Langkah-langkah apa yang harus dilakukan untuk menerapkannya?
- 4) Menurut anda sejak kapan KODERSI dilaksanakan di Rumah Sakit Fatmawati?
- 5) Menurut anda siapa saja yang membina pelaksanaan KODERSI di Rumah Sakit Fatmawati?
- 6) Apakah ada kebijakan yang dibuat oleh rumah sakit dalam rangka penerapan KODERSI?
- 7) Menurut anda bagaimana peran Dewan Pengawas, Satuan Pengawas Intern, dalam penerapan KODERSI?
- 8) Jika terjadi masalah etik di rumah sakit, apakah anda mengetahui prosedur penyelesaiannya?



- 9) Menurut anda adakah suatu unit di rumah sakit yang menyelesaikan masalah etik rumah sakit?
  - 10) Bagaimana peran komite etik di rumah sakit menurut anda?
  - 11) Menurut pendapat anda faktor-faktor apa yang mendukung penerapan KODERSI? apa yang menyebabkan KODERSI tidak diterapkan secara benar?
  - 12) Apa saran anda agar KODERSI dapat diterapkan dengan baik oleh semua karyawan di Rumah Sakit Fatmawati?
4. Penutup.

Berhubung semua pertanyaan sudah terjawab, maka kita akhiri dulu wawancara ini. Namun bila masih ada yang ingin anda sampaikan atau setelah hasil wawancara ini saya olah ternyata ada hal yang penting belum terungkap saya mohon kesediaan anda untuk bertemu dilain waktu. Akhir kata saya ucapkan banyak terima kasih atas segala informasi penting yang telah anda sampaikan.



### Lampiran 3

## **PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM PENERAPAN KODE ETIK RUMAH SAKIT DI RUMAH SAKIT FATMAWATI UNTUK KOMITE ETIKA DAN HUKUM**

### **A. Tujuan Wawancara :**

Memperoleh informasi, keterangan dan pengetahuan dari Komite Etika dan Hukum tentang pelaksanaan Kode Etik Rumah Sakit Indonesia (KODERSI) dan penyelesaian masalah etik rumah sakit melalui wawancara mendalam

### **B. Prosedur :**

1. Menerangkan tujuan dari wawancara mendalam
2. Perkenalan dengan peserta wawancara
3. Menggali informasi dari peserta wawancara tentang pelaksanaan KODERSI di Rumah Sakit Fatmawati

### **C. Pelaksanaan :**

#### **1. Pendahuluan**

- a. Ucapan terima kasih kepada responden atas kesediaannya telah meluangkan waktu dalam kegiatan wawancara ini
- b. Tujuan wawancara, pada hari ini saya membutuhkan informasi tentang pelaksanaan KODERSI di Rumah Sakit Fatmawati melalui pendapat anda. Informasi anda sangat berguna untuk mengevaluasi penerapan KODERSI melalui Kegiatan dari Komite Etika dan Hukum.
- c. Menerangkan tentang wawancara mendalam.  
Dalam wawancara ini anda dapat mengemukakan pengalaman, keinginan dan harapan anda terhadap hal-hal yang berkaitan dengan etik rumah sakit, baik yang bersifat positif maupun yang bersifat negatif. Anda tidak perlu ragu dalam menyampaikan hal-hal yang baik dan yang tidak baik di dalam penerapan etik di



Rumah Sakit Fatmawati. Informasi dari anda tidak akan mempengaruhi status kepegawaian anda karena identitas anda tidak akan diekspos bahkan dirahasiakan. Wawancara ini diperkirakan akan berlangsung satu jam. Karena keterbatasan saya untuk mengingat informasi yang anda sampaikan, maka saya mohon ijin untuk merekam jalannya wawancara ini. Rekaman ini hanya saya sendiri yang mendengarkan, jadi anda tidak usah sangsi untuk menyampaikan pendapat dan kita santai saja.

## **2. Perkenalan.**

Supaya jalannya wawancara lebih lancar dan akrab sebaiknya kita berkenalan dulu, saya Luki Hartanti, Mahasiswa MMR-UGM, selanjutnya saya persilahkan anda memperkenalkan identitas, nama, lama bekerja di Rumah Sakit Fatmawati, jabatan di rumah sakit.

## **3. Pertanyaan.**

- 1) Sejak kapan masalah etik mendapat perhatian serius dari pimpinan?
- 2) Adakah kebijakan pimpinan untuk menetapkan penerapan KODERSI di Rumah Sakit Fatmawati?
- 3) Dalam struktur organisasi bagaimana kedudukan Komite Etika dan Hukum, dan bagaimana hubungannya dengan Komite Medik dan Komite Keperawatan?
- 4) Bagaimana susunan keanggotaan, tugas, fungsi, dan kewajiban dari Komite Etika dan Hukum?
- 5) Bagaimana prosedur penyelesaian masalah etik melalui Komite Etik dan Hukum?
- 6) Sejak terbentuk sampai sekarang, kegiatan apa yang sudah dilakukan dan berapa banyak jumlah kasus yang ditangani?



- 7) Menurut anda kendala apa yang dihadapi Komite Etika dan Hukum di rumah sakit?
- 8) Apa yang anda lakukan untuk mengoptimalkan kinerja dari Komite?
- 9) Apa saran anda agar KODERSI dapat diterapkan dengan baik oleh semua karyawan di Rumah Sakit Fatmawati?

#### **4. Penutup.**

Berhubung semua pertanyaan sudah terjawab, maka kita akhiri dulu wawancara ini. Namun bila masih ada yang ingin anda sampaikan atau setelah hasil wawancara ini saya olah ternyata ada hal yang penting belum terungkap, saya mohon kesediaan anda untuk bertemu dilain waktu. Akhir kata saya ucapkan banyak terima kasih atas segala informasi penting yang telah anda sampaikan.



## Lampiran 4

### Check-list Observasi

| KEGIATAN  | Cara pembuktian  | Ada/<br>TidakAda | Ket. |
|---|--|------------------|------|
| <b>ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN</b>   | D = Dokumen<br>O = Observasi   |                  |      |
| <b>1. Falsafah &amp; Tujuan</b><br>a) Ada konsistensi antara Visi dan Misi dan tujuan untuk menjamin tersedianya pelayanan yang dapat dipertanggungjawabkan<br>b) Masyarakat mengetahui keberadaan rumah sakit dan pelayanan yang tersedia  | D : Renstra, dokumen visi, misi, tujuan RS, rencana tahunan<br>O : Sekretariat<br><br>D : SK, struktur organisasi, brosur, leaflet<br>O : Admission/front office, IRJA, IRNA                                     |                  |      |
| <b>2. Administrasi &amp; Pengelolaan</b><br>a) Pemilik menetapkan struktur organisasi rumah sakit<br>b) Pemilik menetapkan Hospital bylaws<br>c) Hubungan kerja antara pimpinan rumah sakit dengan pihak ketiga diadakan berdasarkan piagam kerjasama tertulis<br>d) Rumah sakit menetapkan program kerja | D : SK, Struktur organisasi, SOP<br>O : sekretariat<br>D : Dokumen HBL<br>O : Sekretariat<br>D : SK, kontrak<br>O : Sekretariat, bag. Hukum<br><br>D : Dokumen program kerja, Laporan tahunan<br>O : Sekretariat |                  |      |
| <b>3. Staf &amp; Pimpinan</b><br>a) Pemilik menetapkan pimpinan rumah sakit<br>b) Kebijakan tentang sumber daya manusia ditetapkan pimpinan rumah sakit   | D : SK, Hospital Bylaws<br>O : Sekretariat<br>D : Lap. Tahunan, SK<br>O : Kepegawaian  |                  |      |



|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <p><b>4. Fasilitas dan Peralatan</b></p> <p>a) Sarana dan prasarana rumah sakit harus memenuhi persyaratan yang mengacu pada peraturan perundangan dan standar K3</p> <p>b) Tersedia rambu, marka, petunjuk yang mudah dan jelas terbaca oleh setiap orang diberbagai tempat dalam lingkungan rumah sakit</p> <p>c) Ada program dan kegiatan pemeliharaan dan perbaikan sarana, prasarana dan peralatan rumah sakit</p>  | <p>D : Sertifikat, Peraturan, Master plan, surat ijin</p> <p>O : bangunan,sarana, peralatan (IPSRs)</p> <p>D : Peta lingkungan RS</p> <p>O : Sarana dan prasarana RS</p> <p>D : SK, SOP, juklak, struktur organisasi, rapat, pedoman</p> <p>O : IPSRS</p>   |  |  |
| <p><b>5. Kebijakan dan Prosedur</b></p> <p>a) Masalah etik dan keluhan lainnya yang timbul dirumah sakit dikelola sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku</p> <p>b) Ada komunikasi formal antara pimpinan rumah sakit dengan staf antara pimpinan dengan komite medik dan pertemuan formal ditingkat manajemen menengah</p> <p>c) Manajemen keuangan ditetapkan untuk menjamin pelayanan dikelola secara efisien</p> <p>d) Manajemen informasi ditetapkan untuk mendukung upaya peningkatan mutu dan pengembangan pelayanan</p> <p>e) Ada kebijakan dan prosedur aspek medikolegal yang berkaitan dengan pelayanan medis,</p> | <p>D : SK, kebijakan, Pedoman, KODERSI, struktur organisasi</p> <p>O : Komite Etik, sekretariat</p> <p>D : SK, jadual rapat, KODEKI, undangan, absensi, laporan, struktur organisasi</p> <p>O : Komite medik, sekretariat</p> <p>D : Dokumen penyusunan anggaran</p> <p>O : Bagian Keuangan</p> <p>D : SK, SOP, juklak</p> <p>O : Unit rekam medik perencanaan</p> <p>D : Pertemuan, juklak, SOP, SK</p> <p>O : Komite-komite</p> |  |  |



|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| disebarluaskan, dipahami dan dibahas secara berkala<br>f) Ada unit yang menyelenggarakan pelayanan perpustakaan   | D : SK, daftar buku<br>O : Perpustakaan  |  |  |
| <b>6. Pengembangan Staf dan Program Pendidikan</b><br>a) Program pendidikan dan pelatihan pegawai telah sesuai dengan kebutuhan perorangan dan organisasi   | D : SK, program pelatihan, orientasi, SOP<br>O : Kepegawaian, Diklat   |  |  |
| <b>7. Evaluasi dan Pengendalian Mutu</b><br>a) Pemilik dan pimpinan rumah sakit bertanggungjawab untuk mendorong budaya dan upaya peningkatan mutu<br>b) Ada program dan kegiatan melakukan evaluasi kepuasan pasien<br>c) Indikator klinik dikumpulkan, diolah dan dianalisis untuk digunakan melakukan evaluasi terhadap mutu pelayanan | D : SK, edaran, program, GKM., sertifikat akreditasi<br>O : Bag. Mutu<br><br>D : SK, Program, Laporan, dokumen evaluasi<br>O : Unit Rawat Inap /Rawat Jalan<br><br>D : TOR, SK Tim, dokumen analisis<br>O : Unit UGD, rawat inap |  |  |



## **Lampiran 5**

Jakarta,.....

Kepada Yth :

Sdr/i pasien/keluarga pasien yang dirawat

Di ruang.....

Rumah Sakit Fatmawati, Jakarta

Dengan hormat,

Dalam rangka evaluasi penerapan Kode Etik Rumah Sakit Indonesia di Rumah Sakit Fatmawati dan dalam rangka penelitian, kami mohon partisipasi anda secara sukarela untuk mengisi lembar evaluasi berikut ini secara jujur dan benar.

Pertanyaan pada lembar evaluasi terdiri dari pelayanan yang diberikan oleh dokter, perawat, serta kesan yang anda lihat dari Rumah Sakit Fatmawati. Perlu anda ketahui bahwa anda tidak perlu mencantumkan nama, untuk menjaga kerahasiaan jawaban yang diberikan, informasi yang anda berikan akan dirahasiakan dan tidak akan mempengaruhi pelayanan yang diberikan.

Atas partisipasi dan kesediaan anda meluangkan waktu, kami ucapkan terima kasih.



## FORMULIR EVALUASI PENERAPAN KODE ETIK RUMAH SAKIT DI RUANG PERAWATAN INSTALASI RAWAT INAP RUMAH SAKIT FATMAWATI

Jawablah pertanyaan dibawah ini dengan memberi tanda ceklist (  $\checkmark$  ) pada kotak yang tersedia.

| Pertanyaan   | Jawaban |       |
|--|---------|-------|
|  | Ya      | Tidak |
| <b>Fasilitas, Sarana dan Prasarana Rumah Sakit</b>   |         |       |
| 1. Apakah bangunan RS terlihat menarik, indah dan bersih   |         |       |
| 2. Apakah RS memiliki fasilitas peralatan modern   |         |       |
| 3. Apakah ruang rawat inap memiliki ventilasi udara baik, penerangan cukup, wc bersih  |         |       |
| 4. Apakah sarana, prasarana dan fasilitas di rumah sakit memadai   |         |       |
| 5. Apakah RS memiliki alat pemadam kebakaran, memperhatikan keselamatan pasien dan merawat gedung dengan baik, sehingga pasien yakin akan keamanan gedung dan ruang rawat inap |         |       |
| <b>Pelayanan Rumah Sakit</b>   |         |       |
| 6. Apakah dokter, perawat dan karyawan berpenampilan rapi dan bersih   |         |       |
| 7. Apakah RS menyediakan brosur/bahan informasi yang berkaitan dengan pelayanan pasien   |         |       |
| 8. Apakah RS memiliki petunjuk arah unit/bagian yang jelas   |         |       |
| 9. Apakah dokter, perawat dan RS menghargai dan memberikan kesempatan dan saran bagi pasien untuk menjalankan ibadah   |         |       |
| 10. Apakah RS mengelola makanan secara baik dan bersih   |         |       |
| 11. Apakah ruangan tidur anda selalu dijaga kebersihannya  |         |       |
| 12. Apakah pelayanan di semua unit penunjang (laboratorium, radiologi, apotik) memuaskan   |         |       |
| 13. Apakah ada permintaan uang muka terlebih dahulu sebelum ada menjalani perawatan  |         |       |
| <b>Pelayanan Medis</b>   |         |       |
| 14. Apakah dokter dan perawat memberikan pelayanan teliti, hati-hati dan tepat waktu sesuai yang dijanjikan  |         |       |
| 15. Apakah dokter dan perawat dapat membantu jika ada permasalahan pada pasien   |         |       |
| 16. Apakah dokter memberitahukan diagnosa penyakit secara lengkap, kemungkinan kesembuhan dan alternatif pengobatan  |         |       |
| 17. Apakah dokter menerangkan tindakan pengobatan yang akan dilakukan  |         |       |
| 18. Apakah dokter menerima dan melayani pasien dengan cepat setiap saat  |         |       |
| 19. Apakah dokter melakukan tindakan pelayanan tepat sesuai standar prosedur kerja   |         |       |



| Pertanyaan  | Ya | Tidak |
|---|----|-------|
| 20. Apakah dokter dan perawat memberikan informasi kepada pasien sebelum pelayanan diberikan  |    |       |
| 21. Apakah dokter dan perawat tanggap melayani pasien   |    |       |
| 22. Apakah dokter segera melakukan tindakan medis dengan cepat dan tepat terutama untuk pasien dalam keadaan gawat darurat                  |    |       |
| 23. Apakah dokter dan perawat bersedia mendengarkan dan menanggapi keluhan/permintaan pasien  |    |       |
| 24. Apakah dokter mempunyai pengetahuan dan ketrampilan medis yang baik sehingga mampu menjawab setiap pertanyaan pasien dengan menyakinkan |    |       |
| 25. Apakah dokter dan perawat selalu bersikap ramah, sopan dan menghargai pasien  |    |       |
| 26. Apakah dokter mempunyai catatan perawatan dan mencatat setiap pelayanan perawatan yang diberikan  |    |       |