

**PERSEPSI DOKTER PUSKESMAS TERHADAP IMPLEMENTASI KAJIAN
DASAR BIOETIK DI LAYANAN PRIMER WILAYAH BANTUL**

Karya Tulis Ilmiah

**untuk Memenuhi Sebagian Syarat
Memperoleh Derajat Sarjana Kedokteran**

**Program Studi Kedokteran
Program Sarjana**



Oleh :

**Anisa Tri Astuti
18711152**

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
YOGYAKARTA
2022**

**PERCEPTION OF DOCTORS IN PUBLIC HEALTH CENTRES ON THE
IMPLEMENTATION OF BIOETHICS IN PRIMARY CARE IN THE BANTUL
REGION**

Scientific Writing

as A Requirement for the Degree of Undergraduate Program in Medicine

Undergraduate Program in Medicine



by :

**Anisa Tri Astuti
18711152**

**FACULTY OF MEDICINE
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
YOGYAKARTA
2022**

HALAMAN PENGESAHAN

**PERSEPSI DOKTER PUSKESMAS TERHADAP IMPLEMENTASI KAJIAN
DASAR BIOETIK DI LAYANAN PRIMER WILAYAH BANTUL**

Karya Tulis Ilmiah

Disusun dan diajukan oleh:



Telah diseminarkan tanggal 20 Juni 2022

Dan telah disetujui oleh:

Penguji

Pembimbing

dr. Handayani Dwi Utami, M.Sc., Sp.F
NIK 117110413

dr. Umatul Khoiriyah, M.Med.Ed., Ph.D
NIK. 047110101

**Ketua Program Studi Kedokteran
Program Sarjana**

dr. Pariawan Lutfi Ghazali, M.Kes
NIK. 017110413



Dr. H. Isnatin Miladyah, M.Kes
NIK. 07110409

PERNYATAAN PUBLIKASI

Bismillahirrahmanirrahim

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya

Nama : Anisa Tri Astuti
NIM : 18711152
Judul KTI : Persepsi Dokter Puskesmas Terhadap Implementasi
Kaidah Dasar Bioetik di Layanan Primer Wilayah Bantul
Dosen Pembimbing : dr. Umatul Khoiriyah, M.Med.Ed., Ph.D

Dengan ini menyatakan bahwa (pilihan diberi tanda V):

Memberi ijin kepada Perpustakaan FK UII mempublikasikan di repository UII berupa seluruh bagian laporan KTI (tanpa lampiran)

Memberi ijin kepada Perpustakaan FK UII mempublikasikan di repository UII berupa Abstrak saja karena akan dipublikasikan di jurnal.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya dan dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Yogyakarta, 21 Oktober 2022

Dosen Pembimbing



dr. Umatul Khoiriyah, M.Med.Ed., Ph.D
NIK 047110101

Yang Menyatakan



Anisa Tri Astuti
18711152

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	1
HALAMAN PERSETUJUAN	2
DAFTAR ISI	3
DAFTAR GAMBAR.....	5
DAFTAR TABEL	6
BAB I. PENDAHULUAN	7
1.1 Latar Belakang	7
1.2 Rumusan Masalah	9
1.3 Tujuan Penelitian	9
1.4 Keaslian Penelitian	9
1.5 Manfaat Penelitian	11
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	12
2.1 Telaah Pustaka	12
2.1.1 Profesionalisme Dokter	12
2.1.2 Etik Kedokteran	14
a. Definisi dan ruang lingkup kaidah etik kedokteran.....	14
b. Prinsip kaidah dasar bioetik.....	15
c. Pentingnya kaidah etik bagi seorang dokter.....	17
d. Pelanggaran etika kedokteran.....	17
2.1.3 Layanan primer	19
a. Ruang lingkup dan tujuan layanan primer.....	19
b. Peran dokter layanan primer.....	20
c. Implementasi kaidah dasar bioetik di layanan primer..	21
2.2 Kerangka Konsep	22
2.3 Kerangka Teori.....	23
2.4 Pertanyaan Penelitian.....	23
BAB III. METODE PENELITIAN	24
3.1 Jenis dan Desain Penelitian	24
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian.....	25
3.3 Informan Penelitian.....	25
3.3.1 Populasi.....	25
3.3.2 Sampel.....	25
3.4 Variabel Penelitian	27
3.5 Definisi Operasional	27
3.5.1 Kaidah Dasar Etik.....	27
3.5.2 Layanan Primer.....	27
3.6 Teknik Pengumpulan data.....	28
3.7 Instrumen Penelitian.....	28
3.8 Alur Penelitian.....	28
3.9 Validitas Data.....	30
3.10 Rencana Analisis Data.....	30
3.11 Etika Penelitian.....	32
BAB IV. HASIL dan PEMBAHASAN.....	36
4.1 HASIL.....	37
4.1.1 Implementasi Kaidah Dasar Bioetik.....	37

4.1.2. Implementasi Kaidah Dasar Bioetik terhadap Tenaga Kesehatan dan Teman Sejawat.....	45
4.1.3. Dilema Etik yang Dihadapi Dokter	49
4.1.4. Upaya Perbaikan Implementasi Kaidah Dasar Etik...	58
4.2. PEMBAHASAN	61
4.2.1 Implementasi Kaidah Dasar Bioetik.....	61
4.2.2. Implementasi Kaidah Dasar Bioetik terhadap Tenaga Kesehatan dan Teman Sejawat.....	65
4.2.3. Dilema Etik yang Dihadapi Dokter.....	67
4.2.4. Upaya Perbaikan Implementasi Kaidah Dasar Etik ...	68
4.3.KELEBIHAN dan KETERBATASAN PENELITIAN.....	70
4.3.1. Kelebihan.....	71
4.3.2. Keterbatasan.....	71
BAB V. SIMPULAN dan SARAN.....	72
5.1. Simpulan.....	73
5.2. Saran.....	73
DAFTAR PUSTAKA	74
LAMPIRAN.....	77

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Konsep Profesionalisme.....	16
Gambar 2. Kerangka Konsep.....	26
Gambar 3. Kerangka Teori.....	27
Gambar 4. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin.....	35
Gambar 5. Karakteristik Responden Berdasarkan Usia.....	36
Gambar 6. Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Masa Kerja.....	37

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam Karya Tulis Ilmiah ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perdosenan tinggi, dan sepanjang sepengetahuan 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, 21 Oktober 2022



Anisa Tri Astuti
18711152

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Anisa Tri Astuti
NIM : 18711152
Judul KTI : Persepsi Dokter Puskesmas Terhadap Implementasi
Kaidah Dasar Bioetik di Layanan Primer Wilayah Bantul
Pembimbing : dr. Umatul Khoiriyah, M.Med.Ed., Ph.D

Menyatakan bahwa:

Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini merupakan hasil karya sendiri bukan hasil plagiasi. Pelaksanaan penelitian ini merupakan bagian dari penelitian payung dengan judul "Sensitivitas Etik Mahasiswa Kedokteran: Pengembangan Alat Ukur". Hak kekayaan intelektual penelitian berikut data-data penelitian menjadi hak milik dr. Umatul Khoiriyah, M.Med.Ed., Ph.D. Hak Publikasi penelitian ini ada pada dr. Umatul Khoiriyah, M.Med.Ed., Ph.D.

Dengan demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya tanpa paksaan atau tekanan dari pihak manapun. Saya bersedia bertanggung jawab secara hukum apabila terdapat hal-hal yang tidak benar dalam penelitian ini.

Yogyakarta, 21 Oktober 2022



Anisa Tri Astuti
18711152

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh,

Alhamdulillahirabbil'alamin, puji syukur dipanjatkan kepada Allah SWT atas limpahan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini dengan baik. Karya tulis ilmiah (KTI) yang berjudul "Persepsi Dokter Puskesmas Terhadap Implementasi Kaidah Dasar Bioetik Di Layanan Primer Wilayah Bantul" disusun sebagai salah satu syarat dalam memperoleh gelar Sarjana Kedokteran, Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Islam Indonesia.

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini, tidak luput dari bantuan, bimbingan, dan dukungan berbagai pihak. Berkat dukungan dari berbagai pihak tersebut, penulis dapat melewati rintangan dan hambatan selama menjalani penelitian dan menulis karya tulis ilmiah ini. Penghargaan dan terima kasih penulis haturkan kepada seluruh pihak yang telah membantu secara langsung dan tidak langsung, khususnya kepada:

1. dr. Dr. Isnatin Miladiyah, M.Kes selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Islam Indonesia
2. dr. Pariawan Lutfi Ghazali, M.Kes selaku Ketua Program Studi Sarjana Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Islam Indonesia.
3. dr. Umatul khoiriyah, M. Med. Ed., Ph.D selaku dosen pembimbing yang selalu sabar serta berkenan meluangkan waktunya untuk memberi bimbingan, arahan, nasihat dan motivasi terbaik hingga karya tulis ilmiah ini tersusun.
4. dr. Handayani Dwi Utami, M.Sc., Sp.F selaku dosen penguji yang turut serta memberi arahan dan nasihat sehingga karya tulis ilmiah ini menjadi lebih baik.
5. Ibu Tri Nuraini selaku pengurus KTI yang selalu memberikan arahan terkait dengan pertanyaan seputar KTI.
6. Kedua orang tua penulis, Bapak Rois Muhammad Lyon dan Ibu Sri Sulistiyani, yang tiada hentinya memberikan dukungan, doa, dan kasih sayangnya kepada penulis sejak kecil hingga saat ini. Semoga Bapak dan Ibu senantiasa diberi kesehatan dan diberkahi umur yang panjang.
7. Kakak-kakak tersayang penulis, Gita Prilliani, Mochammad Zidni Hilman, serta kaka ipar Rizkiyan Erizal dan Dhea Umamah yang telah memberikan doa, dukungan, dan banyak bantuannya kepada penulis.
8. Adik-adik tersayang penulis, Muhammad Iqbal Ghazali, Raina Zahra dan Elzio Mannaf yang selalu memberikan dukungan kepada penulis.
9. Partner terbaik penulis, Muhammad Imron Efendi yang selalu memberikan motivasi, dukungan, doa kepada penulis baik dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini maupun lainnya.
10. Sahabat terbaik penulis, Ghina Annisa, Naomi Nabila, Diastasya Aulia, Dinda Thursdayana, Intan Kusumaningtyas yang selalu memotivasi dan menemani hari-hari penulis selama fase pendidikan preklinik hingga saat ini.
11. Sahabat terbaik penulis, Mayang, Vina, Dinda, Tami, Sasha, Raisa, Rara yang selalu memotivasi dan menemani hari-hari penulis semenjak SMA hingga saat ini.

12. Seluruh pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu per satu yang telah memberikan doa, dukungan, dan bantuan baik dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, selama menempuh pendidikan pre-klinik maupun dalam kehidupan sehari-hari.

Penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan. Oleh karena itu, dengan berbesar hati penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun demi penyempurnaan penelitian berikutnya. Penulis juga memohon maaf atas segala kekurangan, kekhilafan, dan keterbatasan yang ada dalam penelitian ini. Semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi penulis dan seluruh yang membacanya, Aamiin.

Wassalamu'alaikum Warahmatullah Wabarakaatuh.

Yogyakarta, 21 Oktober 2022



Anisa Tri Astuti
18711152

PERSEPSI DOKTER PUSKESMAS TERHADAP IMPLEMENTASI KAIDAH DASAR BIOETIK DI LAYANAN PRIMER WILAYAH BANTUL

Anisa Tri Astuti¹, Umatul Khoiriyah²

¹Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Islam Indonesia

²Departemen Pendidikan Kedokteran Universitas Islam Indonesia

INTISARI

Latar Belakang : Empat prinsip kaidah dasar bioetik merupakan pedoman penting bagi dokter dalam melakukan pelayanan sesuai dengan prinsip etika dan profesionalisme kedokteran. Kaidah tersebut adalah *beneficence*, *autonomy*, *non-maleficence*, dan *justice*. Fakta di lapangan ditemukan berbagai kasus, diantaranya mengabaikan kerahasiaan pasien, ketidaktepatan terapi, upcoding terkait kasus rujukan, dan lain sebagainya. Sehingga, perlu dilakukan evaluasi mendalam terkait pelaksanaan dan pengamalan kaidah bioetik dalam praktik kedokteran terutama di ranah fasilitas layanan kesehatan. Evaluasi ini berguna untuk meningkatkan mutu layanan dan derajat kesehatan masyarakat.

Tujuan Penelitian : Mengetahui persepsi dokter puskesmas tentang implementasi kaidah dasar bioetik pada layanan kesehatan primer di daerah Bantul.

Metode Penelitian : Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan metode wawancara mendalam semi-terstruktur. Proses wawancara dilakukan secara daring. Responden penelitian adalah dokter puskesmas yang sedang melakukan pelayanan. Responden berjumlah 22 orang dari 11 puskesmas, yaitu puskesmas Kasihan I, Puskesmas Bambanglipuro, Puskesmas Kretek, Puskesmas Sewon, Puskesmas Sedayu, Puskesmas Bantul I, Puskesmas Banguntapan III, Puskesmas Banguntapan I, Puskesmas Sanden, Puskesmas Jetis, dan Puskesmas Imogiri. Responden ditentukan dengan metode *purposive sampling*. Data dianalisis secara tematik.

Hasil Penelitian : Penelitian ini menghasilkan empat tema implementasi bioetik, yaitu implementasi kaidah dasar bioetik, implementasi kaidah dasar bioetik antar tenaga kesehatan dan teman sejawat, dilema etik yang dihadapi dokter serta upaya perbaikan implementasi kaidah dasar bioetik.

Kesimpulan : Implementasi kaidah dasar bioetik sudah terlihat saat para dokter memberikan pelayanan kesehatan. Namun, beberapa kasus di fasilitas layanan kesehatan menimbulkan dilema etik dan membutuhkan keterampilan dalam mengambil keputusan tindakan. Penerapan sikap profesionalisme dan peningkatan pemahaman etika profesi dapat membantu membuat keputusan etik lebih baik.

Kata Kunci : Dokter Umum, Fasilitas Kesehatan Primer, Bioetik, Dilema Etik

PERCEPTION OF PHYSICIAN IN PUBLIC HEALTH CENTRE ON THE IMPLEMENTATION OF BIOETHICS IN PRIMARY CARE IN BANTUL REGION

Anisa Tri Astuti¹, Umatul Khoiriyah²

¹Student of Faculty of Medicine, Universitas Islam Indonesia

²Department of Medical Education, Universitas Islam Indonesia

ABSTRACT

Background : *The four principles of bioethics are important guidelines for physician in carrying out services in accordance with the principles of ethics and medical professionalism. Those principles are beneficence, autonomy, non-maleficence and justice. Based on the facts, there are many various cases, including neglecting patient confidentiality, mistreatment, upcoding related to referring cases, and so on. Thus, it is necessary to in-depth evaluate related to the implementation and practice of bioethics principles, especially, in the realm of health service facilities. The evaluation is useful for improving the quality of services and the degree of public health.*

Objective : *To identify the perception of physician in public health centre on the implementation of bioethics in primary care in Bantul region.*

Method : *This study used a qualitative design with a semi-structured interview method. The interview was performed online. The respondents of the study were a physician in primary health centre who were doing services. There were 22 respondents who represented 11 primary health care centres in Bantul, namely, Kasihan I, Bambanglipuro, Kretek, Sewon, Sedayu, Bantul I, Banguntapan III, Banguntapan I, Sanden, Jetis and Imogiri. Respondents were determined by using the purposive sampling method. The data were analyzed thematically.*

Result : *Four themes of bioethics emerge from the data, which include the implementation of bioethics, the implementation of bioethics for health workers and peers, the ethical dilemmas faced by the doctors, and the effort to improve the implementation.*

Conclusion : *The implementation of bioethics principles has been seen when physician provide health services. However, some cases in healthcare facilities turns out to become an ethical dilemma and need some skill in making decisions. Professionalism and ethical understanding of professional ethics can help in making any ethical decisions.*

Keywords : *Physician, Primary Health Care, Bioethics, Dilemma Ethics*

BAB I. PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Kaidah etik merupakan ketentuan dalam menentukan perilaku seseorang terhadap suatu kelompok. Terciptanya “kode etik profesi”, berasal dari suatu profesi yang menghasilkan beberapa pemikiran etis yang akan berubah dan diubah seiring perkembangan ilmu pengetahuan. Tujuannya, yakni agar profesi dapat selalu meningkatkan mutu sesuai bidang pengabdian masing-masing. Salah satu bentuk kode etik profesi dalam kedokteran, yaitu kaidah dasar bioetik. Prinsip tersebut berisikan kewajiban umum seorang dokter, seperti mengutamakan kepentingan dan kebaikan pasien serta bagaimana bersikap kepada pasien maupun sejawat lain. Sehingga, penting hakikatnya seorang dokter untuk menerapkan prinsip dasar bioetik dalam melakukan pelayanan sehari – hari (Affandi *et al.*, 2017)

Menurut Roubaix, *et al.* (2011), terdapat 4 prinsip kaidah dasar bioetik, yaitu *autonomy*, *beneficence*, *non-maleficence* dan *justice*. *Autonomy* merupakan nilai norma yang mengacu pada hak untuk menghargai pendapat orang lain, hak untuk membuat keputusan dan hak untuk menentukan tujuan pribadi seseorang. Prinsip kedua, yaitu *beneficence*. *Beneficence* atau “berbuat baik” merupakan tindakan kebaikan untuk orang lain dengan melihat aspek kemanfaatan dan risiko yang ditimbulkan. Selanjutnya, yakni *non-maleficence*. Prinsip ini berisikan kewajiban untuk tidak menyakiti, tidak membahayakan, serta tidak merugikan orang lain. Prinsip terakhir, yakni *justice* atau keadilan, dimana setiap individu diberlakukan sama dan adil tanpa memandang hal apapun.

Dengan begitu, seluruh dokter di Indonesia telah disumpah untuk mentaati dan mengamalkan pasal-pasal dalam (KODEKI), Kode Etik Kedokteran Indonesia, agar memiliki etika dan profesionalisme yang baik. Pelayanan dokter kepada masyarakat, salah satunya, dilakukan di layanan primer seperti puskesmas. Puskesmas merupakan lembaga untuk menangani masalah kesehatan tingkat pertama di wilayah kecamatan yang dituntut untuk memberikan pelayanan berkualitas sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Dengan demikian, para dokter di layanan primer dapat menerapkan nilai dasar moral etik guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat (Putri *et al.*, 2015).

Meskipun profesi dokter sudah diatur dalam pedoman etika, namun masih banyak dijumpai pelanggaran etik di lingkungan pelayanan kesehatan, khususnya puskesmas. Menurut Afandi (2017), masalah etik yang sering muncul adalah menunda perawatan terkait kondisi keuangan pasien, melanggar kerahasiaan terkait risiko kesehatan, bekerja sama dengan produsen farmasi karena keuntungan lebih, pelayanan yang berbelit – belit serta terbatasnya sarana dan prasarana. Beberapa hal tersebut akan ditindaklanjuti dengan memperhatikan ketentuan hukum dan etika yang berlaku sesuai kewenangan Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia (MKEK PB IDI).

Dengan adanya kode etik tersebut, diharapkan seorang dokter dapat mengimplementasikan prinsip dasar kaidah bioetik, meliputi nilai – nilai norma seperti *autonomy*, *beneficence*, *non-maleficence* dan *justice* dalam menjalankan tugasnya. Sehingga, tercapainya dokter yang beretika, yakni dokter yang memiliki perilaku tanggung jawab dan mendatangkan kebaikan serta menghindari kelalaian.

Dengan berdasarkan latar belakang tersebut, maka peneliti tertarik untuk meneliti persepsi dokter puskesmas di wilayah Bantul terhadap implementasi kaidah dasar bioetik di layanan primer. Meskipun profesi dokter sudah diatur dalam pedoman etika, namun masih banyak dijumpai pelanggaran etik di lingkungan pelayanan kesehatan, khususnya puskesmas. Menurut Afandi (2017), masalah etik yang sering muncul adalah menunda perawatan terkait kondisi keuangan pasien, melanggar kerahasiaan terkait risiko kesehatan, bekerja sama dengan produsen farmasi karena keuntungan lebih, pelayanan yang berbelit – belit serta terbatasnya sarana dan prasarana. Beberapa hal tersebut akan ditindaklanjuti dengan memperhatikan ketentuan hukum dan etika yang berlaku sesuai kewenangan Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia).

1.2. Rumusan Masalah

Bagaimana persepsi dokter puskesmas di wilayah Bantul terhadap implementasi kaidah dasar bioetik di layanan primer?

1.3. Tujuan Penelitian

Untuk mengetahui persepsi dokter puskesmas di wilayah Bantul terhadap implementasi kaidah dasar bioetik di layanan primer.

1.4. Keaslian Penelitian

Beberapa penelitian yang terkait topik implementasi kaidah dasar bioetik kedokteran diantaranya adalah sebagai berikut:

1. Penelitian yang dilakukan oleh (Wiyati dan Rifardi, 2013) dengan judul Kualitas Pelayanan di Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) Cangkringan Sleman Yogyakarta. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pelaksanaan kualitas pelayanan publik di Puskesmas Cangkringan Sleman Yogyakarta. Jenis penelitian adalah kualitatif dengan metode wawancara. Hasil dari penelitian ini , yakni didapatkan kompetensi petugas pemberi pelayanan baik, namun masih adanya petugas yang kurang disiplin serta kurangnya petugas di beberapa unit seperti bagian obat-obatan dan alat-alat kesehatan modern. Persamaan antara penelitian ini dengan penelitian yang akan dilakukan adalah jenis penelitiannya, yakni penelitian studi kualitatif dengan metode wawancara mendalam. Sedangkan untuk perbedaan, terletak pada lokasi puskesmas dan variable yang diteliti. Pada peneliti sebelumnya cenderung pada kualitas pelayanan di puskesmas secara keseluruhan, termasuk fasilitas sedangkan penelitian yang akan dilakukan lebih mengarah pada pelayanan dokter yang sudah diberikan dengan berdasar prinsip dasar kaidah bioetik.
2. Penelitian yang dilakukan oleh (Putri dan Herman, 2015) dengan judul Gambaran Penerapan Kode Etik Kedokteran Indonesia pada Dokter Umum di Puskesmas di Kota Padang. Penelitian ini bertujuan untuk meneliti gambaran implementasi kode etik kedokteran pada dokter umum di puskesmas Kota Padang. Jenis penelitian, yaitu penelitian kuantitatif desain deksriptif dengan Kuisisioner. Subjek penelitian adalah semua dokter umum di puskesmas Kota Padang. Hasil dari penelitian ini, yakni seluruh responden memiliki tingkat refleksi KODEKI yang kurang dari standar yang telah ditetapkan. Perbedaan penelitian terletak pada desain, sedangkan persamaan terletak pada variabel yang diteliti, yaitu implementasi kaidah dasar bioetik pada dokter umum.
3. Penelitian yang dilakukan oleh Rifardi (2017) dengan judul Penerapan nilai kode etik kedokteran Indonesia pada era Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Rokan Hilir. Penelitian ini bertujuan untuk melihat penerapan nilai Kode Etik Kedokteran Indonesia oleh dokter umum pada era Jaminan

Kesehatan Nasional, khususnya di Kabupaten Rokan Hilir terkait ketidakpuasan masyarakat terkait pelayanan kesehatan. Desain penelitian merupakan metode eksplorasi dengan pendekatan kualitatif yang menggunakan metode *snowball sampling*. Hasil dari penelitian ini didapatkan bahwa seluruh informan yang merupakan dokter umum di Kabupaten Rokan Hilir sudah menerapkan nilai dasar bioetik yang terlihat dari pernyataan maupun sikap informan. Persamaan penelitian terletak pada desain penelitian sedangkan perbedaan terletak pada lokasi penelitian.

1.5. Manfaat Penelitian

i. Manfaat Teoritis

Menambah sumber referensi terkait implementasi dasar kaidah dasar bioetik di layanan primer.

ii. Manfaat Praktis

a. Manfaat untuk Fakultas Kedokteran Universitas Islam Indonesia

Menjadi bahan masukan untuk perbaikan dan peningkatan kualitas pembelajaran etik.

b. Manfaat untuk Peneliti

Mengetahui persepsi dokter puskesmas terkait implementasi kaidah dasar bioetik di layanan primer dan menambah pengalaman terkait penelitian kualitatif.

BAB II. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Telaah Pustaka

2.1.1. Profesionalisme dokter

Menurut kamus besar bahasa Indonesia (KBBI), profesionalisme merupakan tindak tanduk ciri suatu profesi. Sedangkan, profesi merupakan suatu kelompok yang memiliki tanggung jawab khusus dan kekuasaan tersendiri (Sadikin, 2008). Dalam profesi kedokteran, dibutuhkan penguasaan baik pengetahuan maupun keterampilan klinis, termasuk di dalamnya kebiasaan dan perilaku yang tepat. Sehingga, dalam praktiknya, dikenal dengan *medical professionalism*. Menurut penelitian Taylor (2013), profesionalisme kedokteran adalah seperangkat nilai-nilai, perilaku dan hubungan dengan dasar kepercayaan. Kepercayaan tersebut tidak terbatas pada dokter dan pasien sebagai individu, tetapi juga hubungan dokter sebagai kelompok profesi dengan masyarakat luas dan hubungan dokter dengan internal profesi.



Gambar 1. Profesionalisme menurut (Taylor, 2013)

Profesionalisme dalam kedokteran dibentuk dari “tonggak profesionalisme”, yang berisikan keunggulan (*excellence*), humanisme, akuntabilitas dan altruisme serta “dasar profesionalisme”, seperti kompetensi klinis, kemampuan komunikasi dan pemahaman hukum dan etik.

Keunggulan (*excellence*), yakni kemampuan dokter untuk terus belajar, humanisme (rasa perikemanusiaan), akuntabilitas (bertanggung jawab) serta

altruisme, kepentingan pasien diatas segalanya. Kemudian, terkait kompetensi klinis, artinya dokter melaksanakan pekerjaan sesuai kompetensi dan ketekunan. Sedangkan, pemahaman hukum dan etik adalah kumpulan norma sebagai pedoman dalam pelayanan sehari – hari (Taylor, 2013). Oleh karena itu, pembelajaran terkait profesionalisme sejak awal pendidikan kedokteran merupakan upaya tepat dalam mewujudkan sikap profesionalisme sejak dini.

Pembelajaran perilaku professional dapat dilaksanakan selama masa pendidikan tahap sarjana hingga tahap profesi. Tahap awal dimulai dari pengenalan pada lingkup profesi dan kode etik kedokteran berupa pemberian materi kuliah, praktek atau *skills lab*, dan kedokteran komunitas yang berinteraksi langsung dengan masyarakat. Kemudian, metode pembelajaran dapat dilanjutkan dengan keterampilan, berupa diskusi maupun *sharing* pengalaman yang didapat saat layanan. Jika hal tersebut diterapkan, akan terbentuk karakter dan sikap yang baik yang dikategorikan sebagai dokter profesionalisme (Sofia, 2020).

Walaupun profesionalisme sangat penting bagi profesi dokter, faktanya sebagian besar masih mengalami kesulitan dalam memahami konsep profesionalisme. Hal tersebut terlihat dari sebagian kecil saat layanan, seperti *informed consent* seadanya, teknik sterilitas kurang baik, dan lain sebagainya. Dengan menunjukkan sikap yang berlawanan itulah tingkat kepercayaan masyarakat akan menurun dan berdampak pada buruknya pandangan masyarakat terhadap seorang dokter (Sofia, 2020).

2.1.2. Etik Kedokteran

a. Definisi dan ruang lingkup kaidah etik kedokteran

Etika merupakan akhlak, watak, perasaan dan sikap baik yang berkaitan dengan tingkah laku hidup manusia. Sedangkan, etika kedokteran adalah etika klasik yang berkaitan dengan bidang medis dan profesi kedokteran, terutama hubungan dokter dengan pasien, keluarga, masyarakat dan teman sejawat. Oleh karena itu, sejak 3 dekade terakhir telah dikembangkan bioetika yang kini disebut juga “etika biomedis”. Bioetika berasal dari kata *bios* yang berarti kehidupan dan *ethos* yang berarti norma – norma atau nilai-nilai moral. Dengan demikian, bioetika merupakan studi interdisipliner yang mengkaji isu-isu etis yang berhubungan dengan norma masyarakat, baik itu isu-isu sosial, ekonomi, budaya, hukum bahkan politik (McGovern, 2016).

Dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan, bioetika berperan sebagai petunjuk dalam mengatur kepribadian bahkan tingkah laku yang berhubungan dengan sikap dan tindakan seorang dokter. Tidak hanya sikap dokter terhadap teman sejawat atau pasien, tetapi juga tenaga kesehatan lain yang berperan (Dubois *et al.*, 2019).

b. Prinsip kaidah dasar bioetik

Menurut Roubaix *et al.* (2011), terdapat empat nilai dasar moral pada kaidah dasar bioetik, yaitu *autonomy*, *beneficence*, *non-maleficence* dan *justice*.

i. Autonomy

Autonomy adalah norma yang mengacu pada menghargai pendapat orang lain, hak membuat keputusan dan menentukan tujuan pribadi. Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam hal ini, yaitu *intentionality* atau pemahaman ada tidaknya pengaruh pengendali yang dapat memengaruhi pilihan. Sikap dokter dalam penerapan prinsip adalah mengatakan fakta sebenarnya, menghormati privasi, menjaga informasi rahasia serta mendapatkan persetujuan atas intervensi pada pasien.

ii. Beneficence

Beneficence atau “berbuat baik” merupakan tindakan kebaikan yang memperhatikan dua aspek, yaitu kemanfaatan dan risiko yang ditimbulkan. Prinsip tersebut menunjang seorang dokter untuk mengutamakan kepentingan pasien di atas apapun. *Beneficence* mendukung beberapa nilai moral lain, seperti melindungi dan membela hak orang lain serta mencegah dan menghindari kondisi membahayakan. Namun, ada hal yang harus diperhatikan, yakni sikap paternalistik. Sikap seseorang yang merasa lebih kompeten dapat mengatur dan menentukan segalanya. Sebagai contoh, memaksa dan mendorong pasien untuk menyetujui suatu tindakan. Beda halnya, ketika pasien memiliki keterbatasan untuk memilih, disitulah sikap paternalistik dokter dapat membantu (Mcgovern, 2016).

iii. Non-maleficence

Non-maleficence berisi kewajiban untuk tidak menyakiti, tidak membahayakan, dan tidak merugikan orang lain. Sama halnya dengan prinsip “*the maxim non nocere*, “*first do no harm*”, tindakan pertama yang tidak membahayakan. Sehingga, keputusan medis pasien dapat diseimbangkan antara kebaikan dan potensi risiko yang dihasilkan. Wujud penerapan prinsip

ini, yaitu dapat menghindari perburukan terkait modalitas suatu terapi (Taylor, 2013).

iv. Justice

Justice atau keadilan, yakni individu dapat merasakan perlakuan yang sama dan adil. Beberapa argumen pendukung, seperti pembagian sama pada setiap orang, hak menerima sesuai dengan kebutuhan, serta melakukan tindakan yang sepatutnya. Sehingga, seyogyanya seorang dokter dalam memberikan pelayanan diharapkan melihat sisi manfaat, risiko maupun biaya pada setiap pasiennya tanpa pandang bulu terkait hal apapun (Taylor, 2013).

c. Pentingnya kaidah etik bagi seorang dokter

Menurut Bond (2013), profesi seorang dokter memerlukan pendidikan dan pelatihan tertentu serta kedudukannya tinggi dalam masyarakat. Oleh karena itu, tanggung jawab yang tinggi menjadi acuan agar pelayanan dilakukan dengan sungguh-sungguh. Hal tersebut dilandasi pada kode etik kedokteran, sumpah dokter, dan standar profesi. Kode etik kedokteran Indonesia disusun dengan mempertimbangkan *Internasional Code of Medical Ethics* dengan landasan Pancasila dan Undang-Undang Dasar 1945. Sehingga, terbentuklah prinsip dasar kaidah biomedis sebagai pedoman layanan. Prinsip tersebut mengatur tentang profesionalitas seorang dokter. Dimulai dari hubungan dengan pasien, kewajiban dokter kepada sejawat bahkan terhadap diri sendiri.

Oleh karena itu, sikap baik, menghargai orang, menjaga kerahasiaan merupakan kesan pertama dalam membangun rasa kepercayaan. Timbulnya rasa percaya akan membantu dokter dalam pelayanan pengobatan. Hal penting lainnya, yakni, bioetik dapat dijadikan sebagai pedoman saat situasi – situasi sulit. Prinsip tersebut akan membantu seorang dokter sesuai dengan cara dan prinsip yang rasional. Sehingga, penting untuk pembelajaran bioetik sejak dini agar membentuk karakter yang kemudian menerapkannya di kehidupan sehari-hari (Serudji, 2008)

d. Pelanggaran etika kedokteran

Hubungan dokter dengan pasien adalah hubungan luhur berdasarkan prinsip kepercayaan. Meskipun telah diatur dalam Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI), faktanya, pelanggaran bioetik masih kerap terjadi. Dimulai dari masalah empati, komunikasi bahkan konflik terkait kepentingan tertentu. Pelanggaran bioetik tidak selalu berarti pelanggaran hukum. Pelanggaran bioetik digunakan

untuk menyebut tingkah laku yang tidak sesuai dengan prinsip profesionalisme, kebiasaan, dan kebijakan yang sudah ditetapkan. Sebagai contoh, adanya tindakan *medical errors* yang membuat pasien lumpuh, diskriminasi dokter pada status sosial ekonomi pasien, bahkan *mistreatment* pada ibu hamil yang menyebabkan keguguran (Setiawan *et al.*, 2018)

Melanggar etik kedokteran sama halnya dengan melanggar prinsip-prinsip moral dan kewajiban. Ketidaksihonestan tersebut menjadi alasan pemberian sanksi yang sesuai. Tujuannya, agar pelanggar dapat menyadari kekeliruan yang dilakukan tanpa merasa direndahkan martabatnya. Penilaian pelanggaran etik dilakukan oleh Majelis Kehormatan Etika Kedokteran (MKEK). MKEK merupakan salah satu struktur kepengurusan Ikatan Dokter Indonesia (IDI) yang bertugas untuk melakukan pembinaan, pengawasan, penilaian, serta pelaksanaan etik kedokteran bahkan kepada anggota yang melanggar. Penetapan berat ringannya pelanggaran didasarkan oleh akibat yang ditimbulkan baik itu terhadap keselamatan pasien, kehormatan profesi bahkan kepentingan umum. Itikad baik pelanggar serta motivasi mendasar timbulnya masalah juga menjadi pertimbangan kategori pelanggaran.

Setelah ditetapkan, pemberian sanksi dapat berupa nasihat, peringatan lisan atau tertulis, pembinaan perilaku, bahkan pencabutan sampai pemecatan sementara sebagai anggota IDI. Tujuannya adalah sebagai sarana untuk mendidik dan rehabilitasi, melindungi masyarakat serta mencegah pelanggaran berulang oleh anggota lain (Kode Etik Kedokteran, 2012). Harapannya, masyarakat dapat memperoleh pelayanan secara profesional sesuai dengan Undang-Undang nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran. Dengan begitu, penerapan prinsip kaidah dasar bioetik dapat meningkatkan pelayanan baik secara kualitas maupun kuantitas.

2.1.3. Layanan primer

a. Ruang lingkup dan tujuan layanan primer

Menurut Undang-Undang No. 25 Tahun 2009, pelayanan publik merupakan segala bentuk kegiatan, penyedia fasilitas, jasa yang dilakukan oleh aparatur pemerintah kepada masyarakat. Salah satunya, yakni terkait layanan primer. Layanan primer merupakan layanan promotif dan preventif terkait bidang kesehatan. Layanan primer juga dapat memfasilitasi hubungan antara klinisi dengan pasien atau keluarga terkait masalah kesehatan. Menurut WHO,

pelayanan kesehatan primer merupakan segala jenis pendekatan pelayanan kesehatan yang didasar oleh kebutuhan dan hak individu, baik itu keluarga, maupun komunitas. Tidak hanya berfokus pada persoalan kesehatannya saja, tetapi juga mengenai aspek mental dan psikis seseorang terhadap sosial, individu bahkan lingkungan sekitar (Saputra, 2018).

Jenis layanan primer di Indonesia dikategorikan menjadi Pelayanan Kesehatan Perorangan Primer (PKPP) dan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Primer (PKMP). PKPP terdiri dari puskesmas, klinik pratama, praktek dokter, praktek perawat / *homecare*, praktek fisioterapi dan pengobatan tradisional. Sedangkan, untuk sarana penunjang dapat berupa unit farmasi puskesmas, laboratorium klinik, radiologi, apotek, toko obat dan optik. Terdapat pula peranan dari beberapa tenaga kesehatan, misalnya, dokter, perawat, bidan, ahli gizi, fisioterapi, analisis kesehatan, tenaga farmasi seperti apoteker, analisis farmasi atau asisten farmasi. Sedangkan, Pelayanan Kesehatan Masyarakat Primer atau PKMP merupakan pelayanan peningkatan dan pencegahan tanpa mengabaikan pengobatan dan pemulihan dengan sasaran keluarga, kelompok, dan masyarakat. Bentuk sarana PKMP, yakni unit pelayanan pemerintah dan pos UKM di tingkat desa / kelurahan (Saputra, 2018).

b. Peran dokter layanan primer

Pengabdian diri seorang dokter merupakan sarana pendukung pelayanan di faskes primer. Pelayanan yang baik meliputi aspek kemampuan klinis dan non-klinis. Aspek non – klinis dapat berupa komunikasi efektif, interaksi sosial, empati serta *attitude* yang baik. Selain itu, diharapkan para klinisi untuk melakukan pelayanan secara pendekatan kedokteran keluarga. Pendekatan ini berbeda dengan pendekatan biomedis. Pendekatan biomedis merupakan metode penatalaksanaan penyakit yang diselesaikannya dengan melihat aspek biologis (fisik manusianya) tanpa memperhitungkan faktor psikologis. Terkadang, cara tersebut kurang tepat, karena seringkali bukan masalah utama yang ingin dipecahkan oleh pasien dan keluarga.

Berbeda dengan pendekatan yang orientasinya kekeluargaan atau disebut “biopsikososial”. Model pendekatan ini akan mengikutsertakan keluarga, komunitas bahkan lingkungan sekitar kehidupan pasien. Keterlibatan orang-orang tersebut dapat mendukung proses penegakkan diagnosis penyakit, sekaligus memberikan kenyamanan dan mengurangi kecemasan pasien (Afandi, 2017).

Tidak hanya itu, beberapa peran lain dilakukan juga oleh dokter puskesmas. Diantaranya, sebagai tangan pertama dalam melakukan layanan kesehatan, pertimbangan pada pasien yang membutuhkan layanan spesialis, serta mengembangkan *person-centred approach*. Perilaku yang mengutamakan *attitude* dalam bekerja sama dengan paramedis lain untuk meningkatkan taraf dan kesejahteraan sistem pelayanan medis di layanan primer (Saputra, 2018).

Oleh karena itu, diharapkan para dokter dan tenaga kesehatan dapat memberikan pelayanan primer secara paripurna dengan menerapkan pendekatan kedokteran keluarga guna meningkatkan kesejahteraan masyarakat (Saputra, 2018).

c. Implementasi kaidah dasar bioetik di layanan primer

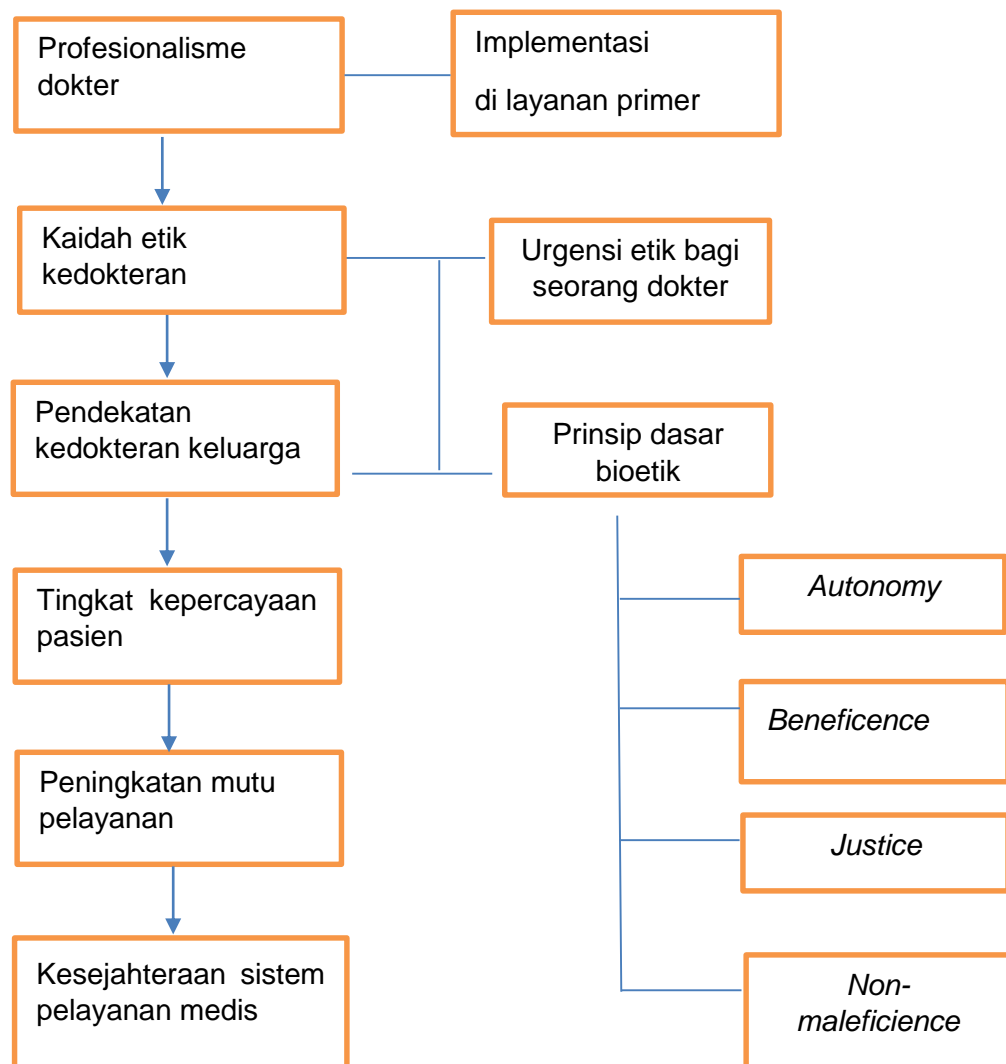
Kaidah dasar bioetik merupakan panduan perilaku dokter dalam hubungannya dengan pasien, keluarga, masyarakat, teman sejawat serta mitra kerja. Sebagaimana telah tertera pada Kode Etik Kedokteran Indonesia yang terdiri dari: kewajiban umum, kewajiban dokter terhadap pasien, teman sejawat bahkan terhadap diri sendiri. Penerapan kaidah etik tersebut diwajibkan untuk seluruh dokter, salah satunya di layanan primer, yaitu puskesmas. Dalam prakteknya, penerapan etik tersebut dapat menimbulkan kenyamanan serta rasa percaya kepada dokter. Sehingga, pemeriksaan dan pengobatan akan lebih mudah dan mutu pelayanan pun akan meningkat (Sasson dan Sassy, 2000).

Berdasarkan hasil penelitian terkait implementasi etik di layanan primer khususnya Indonesia, daerah Kabupaten Rokan Hilir, Kabupaten Bengkalis dan Kabupaten Kepulauan Meranti, menyatakan bahwa seluruh informan yang merupakan dokter umum telah menerapkan nilai-nilai profesionalisme dokter, seperti altruisme, tanggung jawab, idealisme, akuntabilitas yang terlihat dari pernyataan serta sikap dalam menjalankan profesinya. Namun, penelitian-penelitian di daerah tersebut masih belum memberikan gambaran yang menyeluruh sehingga diperlukan penelitian lebih lanjut dengan metode yang berbeda, seperti metode kuantitatif untuk dapat menyimpulkannya (Rifardi, 2017).

Penelitian lain yang dilakukan oleh Dubois *et al.* (2019), menyatakan bahwa implementasi kaidah etik di beberapa layanan primer yang ada di Amerika Serikat secara garis besar sudah menerapkan prinsip dasar kaidah dasar bioetik, seperti *autonomy*, *justice*, *beneficence*, dan *non-maleficence*. Namun, pada tahun 2017 terjadi pelanggaran etik kedokteran yang dilakukan oleh seorang dokter di

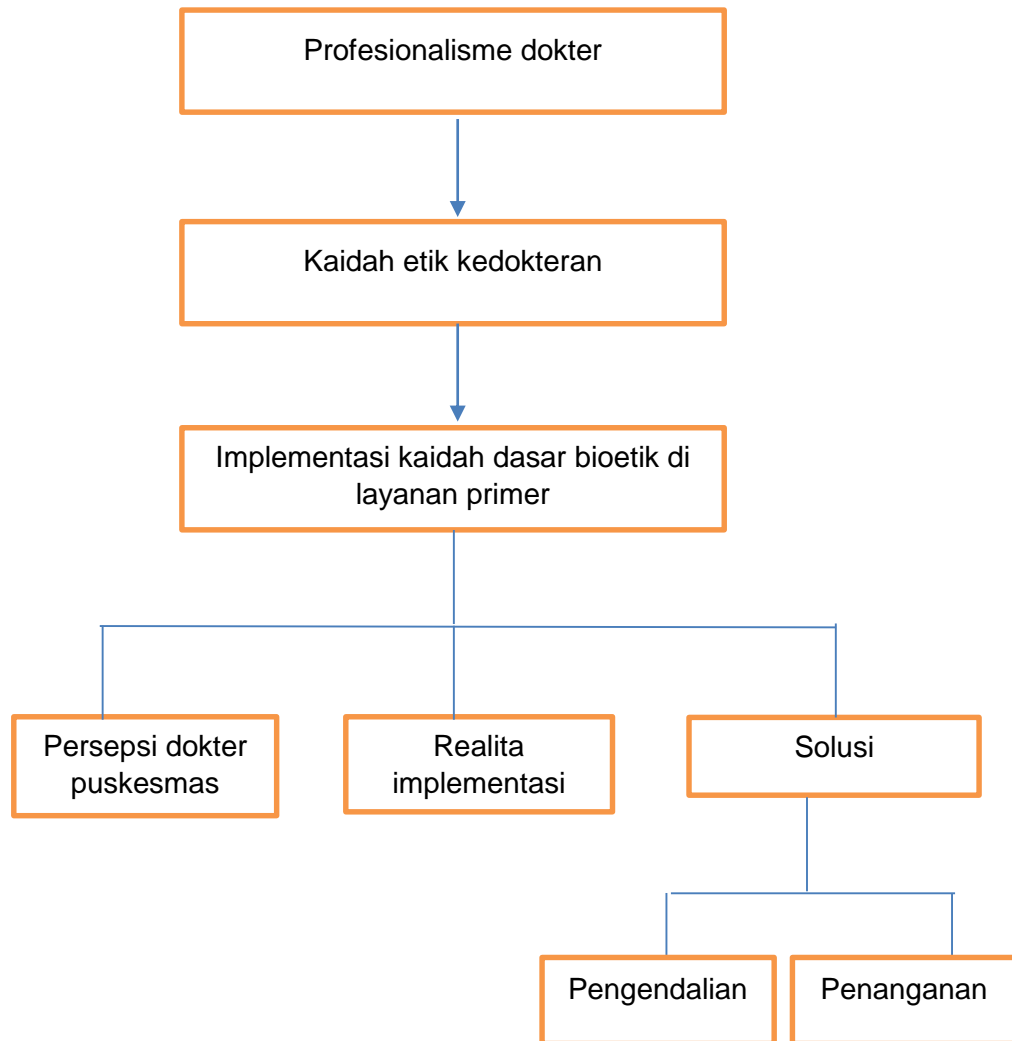
salah satu layanan primer di Amerika Serikat. Kejadian tersebut berawal dari seorang wanita dengan ras kulit hitam yang merasakan nyeri di seluruh tubuh kemudian dia mendatangi layanan primer sekitar, namun faktanya baik staff maupun petugas lain yang bekerja saat itu tidak menanganinya dengan baik. Para staff tersebut bahkan tidak melakukan anamnesis ataupun diagnosis terkait rasa nyeri yang diderita. Wanita tersebut berkata bahwa para petugas seperti mempelemparkannya, seolah-olah rasa nyeri yang di deritanya dapat sembuh hanya dengan diberikan obat pereda nyeri saja. Pelanggaran etik yang terjadi disebabkan karena wanita tersebut memiliki ras yang minoritas di negara tersebut, yaitu ras kulit hitam sehingga mereka cenderung mengalami pelayanan yang buruk dibandingkan dengan ras mayoritas negara tersebut, yaitu ras kulit putih.

2.2. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep

2.3. Kerangka Teori



Gambar 3. Kerangka Teori

2.4. Pertanyaan Penelitian

Bagaimana persepsi dokter puskesmas di wilayah Bantul terhadap implementasi kaidah dasar bioetik di layanan primer?

BAB III. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian yang akan digunakan adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus (*case study*). Pendekatan ini merupakan metode dalam meneliti suatu objek, kondisi, pemikiran, atau peristiwa pada kondisi yang sebenarnya (*natural setting*). Tujuannya adalah untuk memberikan deskripsi atau gambaran terkait fakta-fakta yang diselidiki serta mengkaji perspektif sebuah isu tertentu. Selanjutnya, memperbaiki dan menggali informasi mendalam tentang pendapat dan perasaan seseorang terkait tema penelitian (Sugiyono, 2012). Data dapat diperoleh dari berbagai sumber dalam kasus yang akan diteliti, seperti narasumber kasus yang diteliti serta pihak yang mengetahui dan mengenal kasus tersebut. Data dikatakan baik, jika sudah memiliki gambaran umum tentang kasus yang diteliti serta adanya aspek khusus yang harus dipelajari secara mendalam dari kasus tersebut (Sastroasmoro dan Sofyan, 2014).

Dapat disimpulkan bahwa pendekatan studi kasus dapat memaparkan suatu kejadian, topik, atau fenomena secara spesifik dan mendalam. Sehingga, alasan peneliti menggunakan penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus adalah topik yang akan dibahas bukan berupa angka-angka melainkan deskripsi data secara jelas, mendalam dan terperinci yang diperoleh dari subjek yang akan diamati. Hal yang akan diteliti dalam penelitian ini, yaitu persepsi dokter puskesmas terhadap implementasi kaidah dasar bioetik di layanan primer wilayah Bantul.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

a. Tempat penelitian

Dalam penelitian ini yang dijadikan tempat penelitian adalah puskesmas di Wilayah Bantul, Yogyakarta. Penelitian akan dilakukan secara daring melalui aplikasi *whatsApp*.

b. Waktu penelitian

Penelitian akan dilakukan selama 4 bulan, dimulai dari akhir bulan Februari tahun 2021 hingga akhir bulan Mei 2021.

3.3 Informan Penelitian

3.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian merupakan suatu kelompok yang terdiri dari objek atau subjek dengan karakteristik sudah ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan (Sugiyono, 2012). Populasi yang akan digunakan sebagai penelitian ini adalah dokter puskesmas di Bantul, Yogyakarta.

3.3.2 Sampel

Sampel merupakan bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut. Teknik sampling yang digunakan adalah *purposive sampling*. *Purposive sampling* merupakan teknik penentuan sampel dengan pertimbangan tertentu, dimana penulis menetapkan sifat-sifat dan karakteristik khas yang digunakan dalam penelitian (Sugiyono, 2012). Selain itu, sampel yang termasuk ke dalam penelitian adalah orang-orang yang memiliki pengetahuan khusus tentang topik yang sedang diselidiki.

Terdapat beberapa kelebihan dari metode *sampling* ini, diantaranya, lebih mudah dan nyaman dalam mengakses informasi, data sampel mudah dicocokkan dan narasumber akan memberikan informasi yang cukup untuk dipilih sebagai responden penelitian. Teknik pemilihan informan adalah *criterion sampling*. Metode ini akan memilih sampel sesuai dengan kriteria peneliti. Metode ini bertujuan untuk membantu peneliti mendapatkan banyak informasi dari jumlah sampel yang sedikit sehingga akan menghemat waktu dan pengeluaran. Oleh karena itu, metode tersebut sangat cocok untuk penelitian ini karena kualitas data yang diberikan oleh narasumber sangat membantu dalam menunjang hasil topik penelitian (Sugiyono, 2012).

Sampel penelitian ini adalah dokter puskesmas yang terdaftar di layanan primer wilayah Bantul, yang memenuhi kriteria inklusi dan tidak termasuk dalam kriteria eksklusi yang selanjutnya disebut sebagai responden penelitian.

a. Kriteria Inklusi

1. Terdaftar sebagai staf di salah satu puskesmas Bantul, Yogyakarta
2. Minimal 6 bulan masa kerja di layanan primer tersebut
3. Dokter dengan rentan usia 26-56 tahun

b. Kriteria Eksklusi

1. Dokter yang sedang mengajukan cuti, seperti melahirkan

2. Tidak praktek/tidak melakukan layanan langsung ke pasien

Jumlah informan dalam penelitian ini sebanyak 22 dengan jumlah puskesmas yang berada di Bantul, Yogyakarta, yaitu 27 puskesmas dengan satu orang dapat mewakili satu puskesmas. Namun, jumlah tersebut masih bersifat tentatif atau dapat berubah tergantung dari kejenuhan data. Data dikatakan jenuh apabila tidak diperolehnya lagi data atau informasi baru (Sugiyono, 2012).

3.4. Variabel Penelitian

Variabel yang digunakan dalam penelitian ini adalah persepsi dokter puskesmas terhadap implementasi kaidah dasar bioetik di layanan primer, Bantul, Yogyakarta.

3.5. Definisi Operasional

3.5.1. Kaidah dasar bioetik

Tingkat pengetahuan seorang dokter terkait empat prinsip kaidah dasar bioetik, yaitu *beneficence*, *justice*, *non-maleficence*, *autonomy* dalam menjalankan profesionalismenya sebagai pemberi layanan kesehatan pertama.

3.5.2. Layanan primer

Puskesmas yang berada di wilayah Bantul, Yogyakarta.

3.6. Teknik pengumpulan data

Teknik wawancara dilakukan dengan metode wawancara semi-terstruktur (*semi-structured*). Wawancara semi-terstruktur adalah proses wawancara yang menggunakan panduan wawancara. Panduan tersebut berasal dari pengembangan topik berdasar mengajukan pertanyaan dan penggunaan kata yang fleksibel. Proses wawancara diawali dengan kesepakatan dengan informan penelitian mengenai waktu pelaksanaan wawancara. Kemudian, peneliti menggunakan pedoman wawancara yang akan ditanyakan langsung kepada informan untuk menggali dan mendapatkan informasi terkait topik penelitian. Peneliti juga dapat menambahkan beberapa pertanyaan diluar pedoman untuk memperdalam informasi penelitian. Hasil wawancara akan direkam oleh peneliti menggunakan alat perekam suara pada ponsel dengan peneliti juga melakukan pencatatan hal-hal penting yang disampaikan oleh informan selama wawancara (Sugiyono, 2012).

3.7. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah peneliti bertanggung jawab terhadap validitas penelitian. Instrumen pendukung untuk proses pengumpulan data, diantaranya, aplikasi *whatsApp*, perekam suara, alat tulis, buku catatan, dan pedoman wawancara.

3.8. Alur Penelitian

Alur penelitian “Persepsi dokter puskesmas terhadap implementasi kaidah dasar bioetik di layanan primer, Bantul, Yogyakarta” adalah sebagai berikut:

1. Peneliti menyusun proposal penelitian.
2. Peneliti menyusun pedoman wawancara.
3. Peneliti menentukan responden penelitian.
4. Peneliti melakukan wawancara.
5. Peneliti membuat transkrip hasil wawancara.
6. Peneliti melakukan analisis tematik.
7. Peneliti menyusun laporan akhir.

3.9. Validitas Data

Dalam penelitian kualitatif, dibutuhkan adanya suatu standar untuk mengetahui keabsahan dari hasil penelitian yang disebut sebagai *trustworthiness*. Dalam penelitian ini, dilakukan beberapa teknik pemeriksaan keabsahan data tersebut, meliputi:

a. Uji kredibilitas

Uji ini digunakan untuk mengetahui apakah data yang diperoleh kredibel atau tidak. Dalam uji kredibilitas dapat dilakukan *member checking* yang merupakan suatu proses pemeriksaan keakuratan data. Peneliti melakukan *member checking* dengan cara konfirmasi terkait ketepatan maksud dari apa yang diucapkan oleh informan saat pengambilan data (Shenton, 2004).

b. Uji dependabilitas

Mekanisme uji dependabilitas ini dibantu oleh dosen pembimbing terhadap keseluruhan rangkaian penelitian. Dalam hal ini pembimbing mendampingi setiap proses penelitian, seperti pengumpulan, pengolahan dan menganalisis data serta melakukan evaluasi atau memberi masukan pada

hasil penelitian. Peneliti belum memiliki rekam jejak penelitian kualitatif maka penulis memerlukan pembimbing yang mempunyai rekam jejak yang baik dalam melakukan penelitian kualitatif untuk melakukan pendampingan pada setiap proses penelitian (Mekarisce, 2020).

c. Uji konfirmabilitas

Uji konfirmabilitas dalam penelitian kualitatif lebih diartikan sebagai konsep transparansi dimana peneliti bersedia untuk mengungkapkan proses dan komponen dalam penelitian kepada pihak lain serta memberikan kesempatan pada pihak lain tersebut untuk melakukan penilaian. Cara melakukan uji konfirmabilitas dalam penelitian ini adalah dengan audit trail oleh dosen pembimbing yang memungkinkan untuk mengetahui dan melacak setiap langkah dalam pengambilan data yang disesuaikan dengan prosedur yang ada. Selain itu, dilakukan dengan konsultasi serta pemaparan hasil temuan kepada dosen pembimbing dan penguji serta memaparkan hasil temuan ke forum untuk mendapat masukan dan memperbaiki penelitian (Shenton, 2004; Mekarisce, 2020).

3.10. Analisis Data

Menurut Braun dan Clarke (2006) terdapat enam tahapan dalam menganalisis penelitian kualitatif, yaitu:

1. *Familiarizing yourself with your data.*

Pada poin ini, peneliti harus memahami data yang sudah didapatkan dari informan. Peneliti melakukan pemahaman dan pembacaan data secara berulang sebelum melanjutkan ke tahapan berikutnya. Peneliti dapat melakukan transkrip data dengan menggabungkan beberapa data yang sudah diperoleh dari informan di lapangan.

2. *Generating initial codes.*

Peneliti membuat kode untuk setiap data yang diperoleh dengan tujuan agar data dapat mudah untuk dilakukan analisa.

3. *Searching for themes.*

Data yang sudah dilakukan pengkodean kemudian diidentifikasi untuk membentuk tema secara menyeluruh, dapat dengan bentuk tabel, peta pikiran, atau menulis tema dalam setiap kode yang terbentuk.

4. *Reviewing themes*

Tahapan penyempurnaan tema-tema yang sudah terbentuk. Peneliti melakukan pengoreksian terkait adakah tema yang mungkin perlu dipecah atau tidak. Hal tersebut dapat dilakukan dengan cara membuat diagram dari data dan kerangka tematik, mempertimbangan terkait validitas tema apakah sudah menggambarkan suatu makna dan akurasi dari keseluruhan data.

5. *Defining and naming themes.*

Pada tahapan ini tema sudah hampir sempurna, langkah selanjutnya adalah melakukan identifikasi terhadap esensi data yang didapat dari setiap tema dan kemudian diberi nama.

6. *Producing the report.*

Peneliti membuat laporan analisis tematik yang didapatkan.

3.11. Etika Penelitian

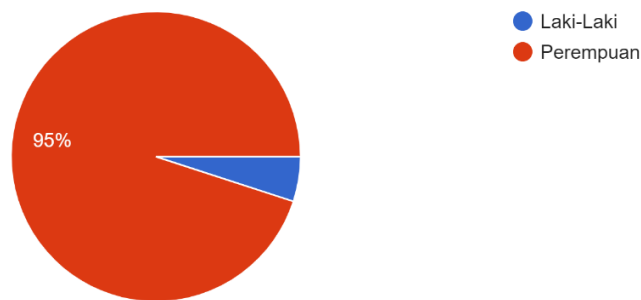
Penelitian merupakan bagian dari penelitian payung dengan judul “Sensitivitas etik mahasiswa kedokteran: pengembangan alat ukur dan implementasi” yang sudah memiliki persetujuan etik dari Komite Etik Fakultas Kedokteran Universitas Islam Indonesia.

Adapun etika yang akan digunakan dalam penelitian ini, antara lain, menghormati harkat dan martabat manusia (*respect for human dignity*), menghormati privasi dan kerahasiaan subjek penelitian (*respect for privacy dan confidentiality*) serta keadilan dan keterbukaan (*respect for justice and inclusiveness*) dengan peneliti menjelaskan kepada responden tentang prosedur penelitian (Sugiyono, 2012).

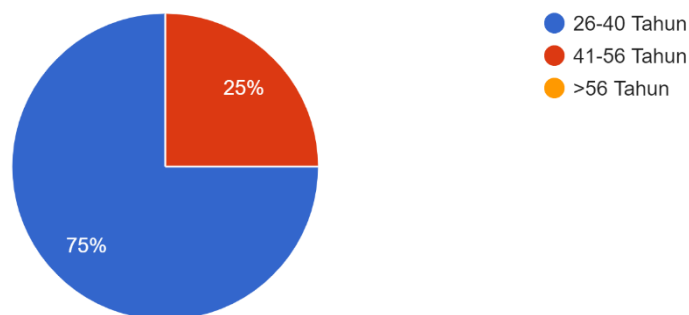
BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil

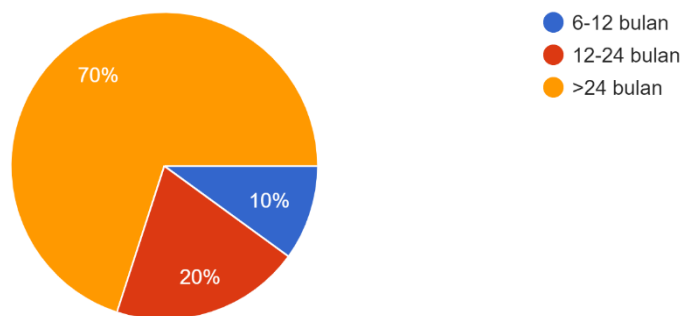
Responden penelitian merupakan dokter yang melakukan layanan langsung kepada pasien di fasilitas kesehatan primer wilayah Bantul. Responden berjumlah 22 orang yang mewakili 11 Puskesmas, yaitu Puskesmas Kasihan I, Puskesmas Bambanglipuro, Puskesmas Kretek, Puskesmas Sewon, Puskesmas Sedayu, Puskesmas Bantul I, Puskesmas Banguntapan III, Puskesmas Banguntapan I, Puskesmas Sanden, Puskesmas Jetis dan Puskesmas Imogiri. Berdasarkan gambar karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin (Gambar 4 s.d. 6), didapatkan responden laki-laki berjumlah 3 orang dan responden perempuan sebanyak 19 orang dengan rentan usia terbanyak di 26 – 40 tahun. Sedangkan, untuk karakteristik berdasarkan lama kerja, diperoleh hasil terbanyak, yaitu lebih dari 1 tahun atau 24 bulan.



Gambar 4. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin



Gambar 5. Karakteristik Responden Berdasarkan Usia



Gambar 6. Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Masa Kerja.

Berdasarkan informasi dari dua puluh dua responden didapatkan empat tema besar seperti dalam Tabel 1. Ringkasan hasil penelitian di bawah ini.

Tabel 1. Ringkasan hasil penelitian.

Tema	Subtema
Implementasi Kaidah Dasar Etik	Bentuk implementasi bioetik terkait <i>beneficence</i>
	Bentuk implementasi bioetik terkait <i>autonomy</i>
	Bentuk implementasi terkait <i>justice</i>
	Bentuk implementasi terkait <i>non-maleficence</i>
Implementasi Kaidah Dasar Bioetik Terhadap Tenaga Kesehatan dan Teman Sejawat	Pemahaman terhadap lingkup tugas masing-masing profesi
	Sikap profesionalisme saat memberikan layanan
Dilema Etik yang Dihadapi Dokter	Kasus pelanggaran prinsip bioetik <i>beneficence</i>
	Kasus pelanggaran prinsip bioetik <i>autonomy</i>
	Kasus pelanggaran prinsip bioetik <i>justice</i>
	Kasus pelanggaran prinsip bioetik <i>non-maleficence</i>
Upaya Perbaikan Implementasi Kaidah Dasar Bioetik	Perbaikan komunikasi dan kolaborasi dalam tim pelayanan
	Peningkatan sensitivitas etik
	Kesadaran akan ketersediaan sumberdaya

4.1.1. Implementasi Kaidah Dasar Bioetik

Tema ini terdiri dari beberapa sub tema, yaitu bentuk implementasi kaidah dasar bioetik terkait *beneficence*, bentuk implementasi kaidah dasar bioetik terkait

autonomy, bentuk implementasi kaidah dasar bioetik terkait *justice* serta bentuk implementasi kaidah dasar bioetik terkait *non-maleficence*.

4.1.1.1. Bentuk implementasi kaidah dasar bioetik terkait *beneficence*

Menurut responden, bentuk implementasi bioetik terkait *beneficence* adalah pertimbangan faktor ekonomi dan kondisi klinis saat pemeriksaan. Jika pasien memiliki keterbatasan dalam pembayaran, akan dilakukan edukasi terkait pembuatan asuransi bahkan peniadaan biaya yang akan ditanggung puskesmas setempat. Tujuannya adalah tercapainya kesembuhan pasien secara optimal.

“Kalau pengobatannya butuh panjang, dia kesusahan, nanti akan kita rekomendasikan untuk membuat BPJS mandiri atau JAMKESDA agar pengobatan gratis. Bahkan tidak sedikit yang digratiskan dan ditanggung oleh puskesmas sini. (FTRPKSDY, 116 – 119)”

Menurut responden, bentuk implementasi bioetik terkait *beneficence* saat pandemic covid'19 adalah pemeriksaan diagnostik atau pemeriksaan swab secara gratis pada pasien dengan suspek covid'19.

“Misalkan kalau saat pandemic itu ada swab gratis di puskesmas, jadi kan pasien jika kontak erat itu kan bisa di search di puskesmas, gratis, nah dari situ banyak pasien yang diuntungkan (karena banyak pasien tidak mampu dilingkunganku dan kasus covid disekitar sini lumayan tertinggi juga. (AVPKBT, 292 – 303)”

Menurut responden, pelayanan secara runtut dan mendalam serta memberikan layanan sesuai kompetensi yang dimiliki merupakan bentuk implementasi dokter dalam menerapkan aspek bioetik *beneficence*.

“...contohnya saya berusaha untuk melakukan pemeriksaan terbaik tuh dengan melakukan terapi yang terbaik, misal dengan melakukan anamnesis mendalam, kemudian pemeriksaannya jika memang diperlukan akan dilengkapi dengan pemeriksaan lab, kalau memang harus rujuk ya saya rujuk, ya pokoknya saya akan memberikan sesuai dengan kompetensi yang saya miliki.... (RNPKSW, 260 – 272)”

Menurut responden, bentuk implementasi bioetik terkait *beneficence* yang berkaitan dengan peran dokter di fasilitas kesehatan primer, yaitu seorang dokter diharapkan melakukan pelayanan secara holistik, yakni mempertimbangkan aspek bio, psiko, sosial, kultural dan spiritual. Selain itu, dalam memberikan support

kepada pasien, dokter pun dapat berperan sebagai psikolog dengan melakukan pendekatan baik kepada pasien, keluarga maupun komunitas.

“Oh, tentunya dokter di faskes pertama itu perannya banyak yah sebagai penyedia layanan kesehatan untuk membantu mengobati pasien, lalu dokter juga berperan sebagai psikolog begitu yah dimana memberikan edukasi kepada pasien karena pengobatan tidak cukup hanya dengan farmako saja, juga kita memberikan edukasi terkait pola hidup, gaya hidup, manajemen stres. tidak hanya melakukan pengobatan terhadap kuratif, tapi juga promotif, preventif.. Dokter juga bisa berperan sebagai manajer juga ya, karena di kita ada beberapa layanan berbasis masyarakat untuk menunjang kesehatan di masyarakat. Jadi itu sih mbak, perannya banyak. LNPKBLP, 415 – 435)”

Menurut responden, bentuk implementasi bioetik terkait *beneficence* adalah pendekatan persuasif. Pendekatan ini menggunakan komunikasi khusus yang bertujuan untuk mempengaruhi sikap, pendapat, dan perilaku seseorang baik secara verbal maupun non-verbal.

“...jadi kita tidak langsung memarahi pasien, kita carikan jalan keluar bersama-sama, dilakukan pendekatan persuasif, dari sisi pasien jadi nanti pasien tidak akan takut untuk berobat, pasien mau kontrol sehingga penyakitnya tidak nambah parah. (LNPKBL , 127 – 155)”

Menurut responden, bentuk implementasi bioetik terkait dengan *beneficence*, dapat terlihat dari sikap dokter dalam penanganan kasus, yaitu memprioritaskan pasien yang membutuhkan pertolongan segera dengan disertai pemberian penjelasan kepada pasien lainnya.

“Pernah mbak, Kalo ada kasus begitu, tetap kita akan memilih pasien yang urgent dahulu, dan kita akan edukasikan ke pejabatnya bahwa harus mengikuti antrian dan menunggu. (DHTPKKSH, 275 – 279)”

Menurut responden, bentuk implementasi bioetik terkait *beneficence* lainnya, adalah bentuk sikap. Di daerah jawa, perlakuan atau sikap seorang dokter dalam melakukan pelayanan cenderung mengikuti budaya yang sudah ada, yakni *toto kromo* dan *tenggang rasa* *“...menerapkan norma-norma yang ada di masyarakat yah, kalau di jawa mungkin seperti toto kromo, tenggang rasa, itukan lebih kentel gitu yah dibudaya kerja kami. (ANPKSY1, 240 – 245)”*

Menurut responden, wujud implementasi bioetik terkait *beneficence*, terkait edukasi. Edukasi berisikan beberapa point, yakni penjelasan singkat patofisiologi, gejala, faktor pemicu, dan langkah preventif dari suatu penyakit.

“Dok.. kemarin saya dikasih dokter ini untuk minum obat A, tapi kata dokter lain gaboleh minum obat A, nah nanti tugas saya akan memberitahu mulai dari manfaat obat A apa, efek samping gimana, kalau misal dia mau minta ganti obat karena dirasa perih misal karena emang dia gabilang dari awal atau bahkan tidak tau punya penyakit maag, nanti kita edukasi, pak itu memang efek samping ke lambung, jadi kalau misalkan memang bapa punya penyakit maag obat akan kita ganti, jadi ya tidak kekeuh menggunakan itu, ketika pasien merasakan tidak nyaman ya kita akan lakukan evaluasi, namun harus tetap dengan indikasi pasien yah. (RNPKSW, 317 – 337)”

Menurut responden, wujud implementasi bioetik *beneficence* adalah sistem rujukan. Rujukan dapat berdampak pada beberapa hal, seperti, mengetahui causa penyakit secara terinci, terapi dan tindakan yang tepat sesuai dengan penyakit dan kemungkinan perbaikan akan prognosis pasien.

“Jadi misal anemia sudah bertahun-tahun, kita sudah motivasi untuk rujuk, karena kita tuh hanya bisa memberikan suplemen penambah zat darah, padahal ini kan harus dicari penyebabnya apa, seperti itu kan, itu sudah saya sarankan untuk rujuk, karena saya gak mungkin memberikan suplemen penambah terus-terusan tanpa mencari tahu penyebabnya. Apakah keganasan, sumbatan diproduksinya, atau bagaimananya, agar tindakan atau tata laksanaanya. (RNPKSW, 255 – 273)”

4.1.1.2. Bentuk implementasi kaidah dasar bioetik terkait *autonomy*

Menurut responden, implementasi bioetik terkait prinsip *autonomy* dapat terlihat dalam penanganan suatu kasus. Dimana, terdapat point penting, diantaranya setiap orang tidak boleh diperlakukan secara kejam, setiap orang berhak memberikan pendapat, setiap orang berhak mendapat pelayanan dan perawatan terbaik.

“...misal tidak meminum obat yang telah dianjurkan lalu mereka kontrol lagi dengan keadaan yang lebih buruk, kalau ada kasus begitu, saya tidak langsung berkata kepada pasien bahwa dia salah, tapi saya akan menanyakan terlebih dulu, kenapa obatnya tidak diminum. Apakah bosan

minum obat terus menerus, atau mungkin tidak enak dengan dosis yang kita berikan sehingga tubuh pasien merasakan tidak enak, berat atau efek samping sehingga hal tersebut bisa jadi alasan untuk terapi penggantinya atau selanjutnya dan jangan lupa edukasi. Jadi kita tidak langsung memarahi pasien, kita carikan jalan keluar bersama-sama, (LNPKBLP, 127 – 150).”

Menurut responden, bentuk implementasi bioetik terkait *autonomy*, terkait dengan kebebasan hak pasien untuk memilih beberapa opsi tindakan yang didahului pemberian edukasi. Selanjutnya, pasien memilih secara personal berdasarkan hati nurani dan tanpa ada unsur paksaan sedikit pun.

“Kalau saya contoh terkait dengan terapi yah jika memang ada beberapa pilihan, saya akan memberikan edukasi terlebih dulu, kemudian membebaskan pasien untuk memilih berdasarkan hati nurani tanpa ada paksaan... (KRSPKSKSH, 356 – 367)”

Menurut responden, bentuk implementasi bioetik terkait *autonomy*, yaitu komunikasi. Komunikasi dengan pasien sebaiknya menggunakan pertanyaan terbuka dan cenderung tidak menutup-nutupi informasi.

“Oiya, kalo pas anamnesis, kadang kita menggunakan pertanyaan terbuka, kemudian ketika pasien bertanya, saya gak akan menutupi informasi, karena pasien kan akan tanya penyakitnya apa, apa yang harus dilakukan dirumah, sedangkan kalau di lansia nanti kita akan beritahukan kepada orang yang mengantarnya. Jadi, ya saya terbuka. (RNPKSW, 305 – 316)”

Menurut responden, bentuk implementasi bioetik terkait *autonomy*, terkait penyampaian diagnosis kasus sensitif atau penyakit dengan diagnosis kurang baik. Tindakan tersebut dapat menggunakan beberapa prinsip, seperti, apa adanya, sesuai hasil pemeriksaan, tidak menutup-nutupi, pengemasan kata lebih baik, bahasa mudah dimengerti, *informed consent* tindakan tertentu, memberikan kata-kata yang sifatnya mendukung serta menjelaskan peran dokter, yaitu ikut andil berjuang dalam kesembuhan pasien.

“Jadi memang harus disampaikan saja, tidak ditutup-tutupi tapi dikemas dengan lebih baik, misal ini harus dirujuk dengan kepentingannya blablabla (dijelaskan), cenderung untuk tidak menakut-nakuti, terus bilang juga “jadi ibu, ini merupakan salah satu ikhtiar ibu, semoga bisa menjadi penggugur dosa2 ibu yah, yang penting kita kasih kata-kata yang tereduksi. Jangan

sampe pasiennya ketika kita sudah memberikan informasi malah takut atau sebagainya (DHTPKKSH, 144 – 149)”

4.1.1.3. Bentuk implementasi kaidah dasar bioetik terkait *justice*

Menurut responden, dalam mengimplementasikan bioetik *justice*, dapat terlihat saat memprioritaskan penanganan saat layanan. Urutan pemanggilan saat layanan akan tetap sesuai antrian dan aturan, tidak ada pengaruh lain, seperti kepemilikan jabatan ataupun kepemilikan jaminan.

“Oh banyak mbak, di puskesmas itu, tukang becak banyak sekali, pembantu banyak sekali, tapi anggota dewan juga banyak, orang-orang besar juga banyak. Jadi di puskesmas tuh kan ada antrian yah, kalau memang urgent ya kita akan dahulukan dia apapun itu jabatannya, tapi kalau memang tidak ada kondisi urgent kita akan urutkan sesuai antrian, jadi ya tetep, prinsipnya gak peduli dia gabisa bayar atau pasien jaminan kesehatan, dan lain-lain.. begitu (FTRPKSDY, 315 – 320)”

Menurut responden, implementasi bioetik terkait *justice* dapat terlihat dari sikap dokter. Sikap tidak memandang atau membedakan aspek ekonomi, kepemilikan jaminan kesehatan ataupun pekerjaan tertentu. Karena sejatinya, hak pasien adalah harus dihormati tanpa memperhatikan aspek apapun.

“Jadi, kalau saya dalam menangani pasien itu tidak pernah melihat dia jaminan atau engga (Jaminannya KIS mandiri atau KIS pemerintah), dia siapa, punya jabatan apa engga, ya saya melihat dari penyakit atau kondisi pasien saja. Jadi, siapapun dia, kalo saya akan memberlakukan dengan sama; seperti tadi mbak sudah saya ceritakan juga ketika ada pasien yang memang kurang mampu, akan saya bantu. Mbak boleh tanya ke puskesmas Sewon, saya tidak pernah membedakan pasien yang tukang becak, pasien jaminan, pasien ada jabatan, tidak, saya tidak pernah membedakan... kurang lebih seperti itu, (RNPKSW, 307 – 327)”

Menurut responden, salah satu faktor yang memengaruhi implementasi bioetik terkait *justice* saat layanan adalah kesadaran pasien, khususnya antrian.

“Sebenarnya tergantung kesadaran pasiennya juga, kebanyakan antrian. Tapi untuk pasien-pasien yang kebesaran waham gitu-gitu sepertinya tidak ada (DHTPKKSH, 300 – 315)”

Menurut responden, bentuk implementasi bioetik terkait *justice*, yaitu langkah prioritas penanganan yang diutamakan untuk pasien gawat darurat. Jika

terdapat pasien lain dengan *privilege* atau kewenangan khusus, akan diberi edukasi dan pemahaman terkait pengutamaan antrian hanya diberikan pada kasus-kasus *urgent*.

“Saya pernah tuh ada dikasus begitu di IGD, yaudah tetep saya pilih yang cardiac dulu terus saya cuekin yang punya jabatan. Lha ya gimana.. pasien cardiac butuh RJP segera. Kalau waktu itu yang punya jabatan tuh nganter anaknya yang lagi sakit flu gitu, karena mereka sebenarnya ngejar surat sakitnya yah, lalu akhirnya saya meminta maaf “ibu, maaf tadi ada pasien kegawatan, saya harus menangani yang gawat dahulu”. Pasien gak marah kok. (AVPKBT, 427 – 440)”

Menurut responden, bentuk implementasi bioetik terkait *justice*, yaitu prinsip kesetaraan, yakni perlakuan yang setara kepada pasien. Hal tersebut dapat terlihat saat berkomunikasi. Teknik komunikasi yang digunakan adalah melihat perspektif secara keseluruhan baik dari pandangan dokter maupun pasien.

“Kalau dengan pasien juga kita harus berkomunikasi dan menghormati, walaupun ada tindakan kita harus memberikan informasi terkait tindakan sehingga pasien mengetahui apa saja dampak positif negatifnya. (LNPKLP, 360-367)”

4.1.1.4. Bentuk implementasi kaidah dasar bioetik terkait *non-maleficence*

Menurut responden, dalam mengimplementasikan bioetik khususnya, *non-maleficence*, dokter diharapkan tidak mengambil suatu tindakan risiko yang mana diluar batas kemampuannya. Point terpenting adalah mengutamakan keselamatan pasien diatas kepentingan apapun.

“..misalkan saya tindakan harus GV, GVnya sudah saya buka tapi merasa saya gak mampu nah kalo misalkan saya lanjutkan pasien akan kesakitan, jika begitu akan saya kembalikan ke dokter sebelumnya yang mau merawat (biasanya dokter spesialis). Sering banget kaya gitu... luka akibat diabetes, terus saya yakin banget kalo misalkan ini dirawat di puskesmas tidak akan selesai sehingga lebih baik saya rujuk agar tidak memberikan risiko apapun untuk pasiennya. Ohiya pernah juga ada pasien datang ke puskesmas dengan kondisi yang cukup kritis, kemudian di puskesmas karena alat kurang mumpuni sehingga kita edukasikan ke keluarga harus dirujuk tapi dengan risiko yang memang tinggi karena kondisi pasien kritis, kalau memang pasien tersebut membutuhkan penanganan segera atau

dalam kondisi yang gawat nanti akan kita alihkan ke IGD agar dia mendapatkan pelayanan lebih cepat. Nah berbeda untuk pasien yang memang kronis tidak terkontrol membutuhkan terapi yang lebih adekuat, nanti akan kita rujuk agar pasien mendapatkan penanganan yang lebih tepat. (AVPKBT, 273–375)”

Menurut responden, dalam mengimplementasikan bioetik terkait *non-maleficence*, tindakan berupa pemberian terapi yang sesuai dengan kebutuhan. Terapi yang tidak berlebihan dan tidak membuat suatu kerugian bagi pasien, khususnya aspek ekonomi. *“Kita akan memberikan terapi yang sesuai dengan kebutuhan pasien, (LNPKBPL, 226 – 229)”*

“Terkait pemeriksaan yah, misal memang pasien bayar kemudian saya melakukan pemeriksaan yang banyak, begitu yah? Nah kalau saya di puskesmas, tenaga kesehatan terbatas, saya gak akan melakukan hal itu, dimana menyuruh pasien untuk dilakukan pemeriksaan banyak-banyak agar pasien membayar lebih, itu akan merugikan tenaga lab kami juga, jadi.. saya rasa untuk melakukan hal-hal yang merugikan pasien itu gak akan dan gak bisa lah. (RNPКСW, 281 – 297)”

Menurut responden, bentuk implementasi bioetik terkait *non-maleficence* berkaitan dengan peran seorang dokter, yakni, dokter mampu menjelaskan dengan bahasa yang mudah dimengerti. Khususnya, pada tipe pasien yang mencari informasi sebelum hadir di layanan. Selain itu, dokter dapat melakukan penyuluhan dan *home visit* pada pasien dengan berbagai keterbatasan.

“Mungkin saat ini yah karena tipe pasien itu sudah sering cari tahu duluan, nah tugas kita sebagai pemberi layanan adalah memberikan edukasi dengan ramah, memberikan penjelasan yang sesuai dan tepat dimengerti, jangan bosan KIE (menurut saya penting banget KIE), meresepkan atau melakukan pemeriksaan penunjang sesuai dengan kebutuhan pasien, melakukan penyuluhan dan home visit. (DHTPKKSH, 275 – 279)”

4.1.2. Implementasi Kaidah Dasar Bioetik terhadap Tenaga Kesehatan dan Teman Sejawat

Tema ini terdiri dari dua sub tema, yaitu pemahaman terhadap lingkup tugas masing-masing profesi dan sikap profesionalisme saat memberikan layanan.

4.1.2.1. Pemahaman terhadap lingkup tugas masing – masing profesi

Menurut responden, dalam mengimplementasikan bioetik terhadap teman sejawat ataupun tenaga kesehatan lainnya adalah memahami batasan dan kewenangan masing-masing, menjalankan etik sesuai profesi, bekerja sama serta saling menghormati.

“Oh kalau itu, biasanya kami bekerja sama, kita saling menghormati juga terkait batasan-batasan yang boleh kita lakukan, kalau memang tidak sesuai dengan kewenangan kita, kita akan rujuk sesuai dengan kemampuan di bidangnya masing-masing. tapi kan kita tuh punya etik yah yang harus dipatuhi, kita harus menghormati teman sejawat seperti dengan diri kita sendiri, kita ingin diperlakukan dengan sama, jadi kita harus menghormati pilihan masing-masing . (LNPKBLP,323 – 350)”

Menurut responden, dalam mengimplementasikan bioetik terhadap tenaga kesehatan terjalin melalui interaksi. Hubungan antar pemberi layanan maupun petugas lain, seperti, dokter dengan teman sejawat, dokter dengan bidan, dokter dengan perawat, dokter dengan kepala puskesmas dan pejabat fungsional lainnya. Interaksi tersebut dapat dinilai dari sikap yang ditunjukkan sesuai dengan batas wajarnya masing-masing.

“Kalau di puskesmas, saya rasa interaksi yang terjalin antar pemberi pelayanan dan petugas lain sudah melakukan dengan baik, sikapnya masih dalam batas wajar; ntah itu dia yang jabatannya kepala puskesmas, atau pejabat fungsional , missal dokter, meskipun ada etika kepada pimpinan tapi tetap saling menghormati; begitu juga dengan teman sejawat antar dokter- dokter antar bidan, dokter antar perawat (LNPKBLP, 95 – 120)”

Menurut responden, dalam mengimplementasikan kaidah dasar bioetik dengan sesama tenaga kesehatan dapat berupa kerja sama. Kerja sama antara dokter dengan laborat, dokter dengan petugas farmasi, dokter dengan fisioterapi serta petugas kesehatan lainnya. Kerja sama dapat terlihat dari bentuk tulisan seperti, penulisan keterangan terkait tindakan pasien dengan rapih dan mudah terbaca, saling menghormati serta memperhatikan SOP masing-masing profesi.

“...misal dengan laborat, contoh kita menuliskan keterangan apa yang harus dilakukan laborat dengan rapih dan benar agar mudah terbaca, biasanya juga sih ada beberapa masalah, ya itu, terkait kejelasan

penulisan laborat, tapi dari situ kita memperbaiki diri. Kalau untuk farmasi, kita saling memperhatikan, dan saling menghormati SOP dari masing-masing poli, kemudian juga dengan yang lainnya, fisioterapi, teman sejawat di poli gigi. (LNPKBLP, 246 – 262)”

Menurut responden, implementasi bioetik terhadap tenaga kesehatan dapat terlihat dari kesetaraan kedudukan tiap profesi. Tiap profesi memiliki kedudukan yang sama dan tidak ada kesenjangan diantaranya.

“Etik dengan naskes lain saya rasa sudah memperhatikan kewajibannya masing-masing mbak. Contoh bersama dengan laborat, jika akan melakukan komunikasi, saya akan lakukan dengan sesuai, tidak memandang mereka itu bawahan atau saya lebih diatas itu tidak... walaupun orang liatnya dokter di faskes itukan kedudukan tertinggi. Jadi, etik tetep dilakukan apalagi sama teman sejawat pun yah mbak (AVPKBT, 308 – 323)”

4.1.2.2. Sikap profesionalisme saat memberikan layanan

Menurut responden, implementasi bioetik terhadap sesama tenaga kesehatan sudah dilakukan. Hal tersebut terlihat tidak hanya dalam bentuk tulisan, tetapi juga sikap saat memberikan pelayanan kepada pasien.

“Menurut saya, implementasi terkait etik seperti itu sudah dilakukan sejauh ini baik oleh para dokter dan pekerja yang bertugas, tidak hanya dalam bentuk tulisan yah namun lebih ke bentukan sikap kita bagaimana menyikapi atau bagaimana memberikan pelayanan di puskesmas terhadap pasien (FTRPKSDY, 170 – 175)”

Menurut responden, dalam implementasi bioetik terhadap nakes atau sejawat, terlihat dari tidak adanya kompetisi yang tidak sehat, tidak adanya konflik yang begitu berarti, saling menghormati keputusan medis serta berdiskusi ketika ada perbedaan prinsip terapi.

“Ya selama ini sih, kita semua juga sudah menjalankan semua itu yah, antar sejawat tuh tidak ada kompetisi yang tidak sehat, kemudian saling menghormati keputusan medis itu sudah dilakukan, lalu ketika memang ada perbedaan prinsip terapi itu bisa dibicarakan dan tidak di depan pasien, sampai merugikan pasien, tidak sih, jadi sampai saat ini, tidak ada konflik sih. (ANPKSY1, 202 – 232) “

Menurut responden, bentuk implementasi bioetik terhadap teman sejawat adalah memperhatikan sikap di depan pasien. Jika ada permasalahan yang melibatkan pengobatan pasien, hormati dengan cara komunikasi interpersonal dan tidak dilakukan di hadapan pasien secara langsung.

“..mungkin sebelumnya sudah dengan dr A kemudian pindah ke dr B karena kurang puas dengan hasilnya, nah nanti saya tidak akan bilang ke pasien bahwa terapi yang dr A berikan kurang pas. Maksudnya ya sesama teman sejawat yah tidak harus menyalahkan sesama teman di depan pasien , nanti kita akan menjelaskan ke pasien dengan menggunakan kata-kata lain, seperti “ iya mungkin nanti pengobatan akan kita lakukan dengan obat lain, dan sebagainya”, jadi sebisa mungkin tidak membeberkan didepan pasien. (KRSPKSKSH, 389 – 414)”

Menurut responden, bentuk implementasi bioetik terhadap teman sejawat adalah bekerja sama mencari solusi ketika ada kesulitan saat layanan. Saat berdiskusi, tetap perhatikan etika meskipun ada perbedaan karakter maupun bahasa.

“Tapi kadang gini mbak, ketika ada kasus, kok dirasa kesusahan, nah nanti kita akan mencari solusinya secara bersama. Kadang kan dalam satu kasus terlihat susah ya.. atau jika tidak bisa juga nanti ada yang kita laporkan sampe ke kepala puskesmas. Jadi terlihat sih menurut saya semua sudah menerapkan etika, meskipun karakternya kita beda-beda, sehingga ada bahasa-bahasa yang digunakan berbeda (FTRPKSDY, 595 – 615)”

Menurut responden, bentuk implementasi bioetik terhadap nakes dan teman sejawat adalah penerapan sikap profesionalisme. Hal tersebut dapat berupa beberapa tindakan, seperti tidak memprioritaskan diri sendiri, adanya *team work* atau saling membantu antar sesama, bertanggung jawab dan mengutamakan kepentingan pasien jika memang mumpuni.

“Jadi biasanya nanti saya konfirmasi ke sejawat lain yang memang bisa dan untungnya team worknya enak, tidak ada yang terus memprioritaskan diri sendiri. Namun, Jika memang saya bisa saat itu juga saya akan pergi ke lokasi. (DHTPKKSH, 470 – 491)”

Menurut responden, bentuk implementasi bioetik terhadap nakes dan teman sejawat terlihat dari *attitude* pemberi layanan kesehatan. Sebagai contoh, penerapan beberapa kata sederhana namun bermakna, seperti terima kasih, meminta tolong dan meminta maaf. Selain itu, sikap antara dokter senior dan dokter junior juga harus diperhatikan.

“Sikap nakes-nakes di puskesmas Banguntapan ini pun menurut saya juga udah sesuai SOP masing-masing mba, mengucapkan kata minta tolong maaf terima kasih juga pasti dilakukan, kemudian tidak pamrih untuk nanya, menerima, konsul even itu dokter yang senior, begitu juga sebaliknya. (AVPKBT, 545 – 557)” “... oh iya ditambah dokter-dokter muda disini kalau dapet informasi terbaru cepet banget sih dek, jadi langsung di share dan diberikan ke yang lain (NRLPKSDN, 315 – 320)”

Menurut responden, bentuk implementasi kaidah dasar bioetik terhadap teman sejawat adalah tidak menyalahkan terkait kesalahan yang sifatnya pribadi. Langkah selanjutnya, cukup perbaiki dan tidak memperpanjang masalah tersebut.

“ibu, saya akan ganti pengobatannya, jangan diminum”, jadi saya tidak akan menyalahkan teman sejawat walaupun itu benar-benar ketauan salah, cukup saya perbaiki, seperti itu mbak. (RNPKSW, 316 – 368)”

4.1.3. Dilema Etik yang Dihadapi Dokter

Tema ini terdiri dari beberapa sub tema , yaitu kasus pelanggaran prinsip bioetik *beneficence*, kasus pelanggaran prinsip bioetik *autonomy*, kasus pelanggaran prinsip bioetik *justice*, kasus pelanggaran prinsip bioetik *non-maleficence* serta pelanggaran bioetik terhadap tenaga kesehatan dan teman sejawat.

4.1.3.1. Kasus pelanggaran prinsip bioetik *beneficence*

Menurut responden, pelanggaran prinsip bioetik terkait *beneficence*, salah satunya dipengaruhi oleh faktor ketersediaan obat di faskes primer. Keterbatasan tersebut berdampak pada terbenturnya pengobatan di layanan kesehatan primer. Bahkan, obat yang tergolong generik, seperti meloxicam pun tidak ada. Dengan begitu, dokter akan cenderung memberikan terapi seadanya.

“...dalam menentukan tindakan terbaik sih biasanya dari ketersediaan mbak... misal nih di puskesmas tuh obat kan terbatas banget mbak.. misal aja meloxicam yang murah deh itu gak ada, yaudah saya akan berikan semaksimal mungkin yang ada di puskesmas. (AVPKBT, 139-146)”

Menurut responden, kasus pelanggaran prinsip etik terkait *beneficence* adalah kerahasiaan pasien. Berdasarkan pengalaman responden, petugas sering kali mengabaikan point etik ini. Sebagai contoh, membicarakan kasus pasien yang sebelumnya tidak lama diperiksa. Meskipun dengan alasan kasus menarik, sebaiknya, para petugas lebih *aware* akan point etik tersebut.

“Pelanggaran ringan tapi tidak disengaja itu mungkin pernah yah, seperti, membicarakan pasien yang barusan diperiksa, tapi lebih ke membahas kasus yang menarik itu sih dek. (ANPKSY1, 219 – 224)”

Menurut responden, bentuk pelanggaran prinsip etik terkait *beneficence*, yaitu terkait pelayanan di awal masa pandemi covid'19. Saat itu terdapat adanya aturan terkait penanganan pasien 24 jam yang hanya ditujukan untuk pasien persalinan. Jika ada pasien yang kondisinya tidak gawat darurat dan ingin diperiksa lebih akan disarankan ke poli. Dengan adanya aturan tersebut, responden merasakan pertengkaran batin karena merasa dapat menolong namun terhalang aturan pemerintah.

“...saat covid begini puskesmas yang menangani 24 jam kan cuma buat persalinan, jadi kalau ada pasien-pasien tidak gawat darurat dan ingin diperiksa akan kita sarankan poli atau ke IGD RS. Kadang gak enakya tuh disitu, harusnya bisa nolong nih, tapi karena ada peraturan ini jadi kaya ngerasa ngeganjel pertengkaran batin juga, kasian gak bisa nolong yah melempar pasien (AJPKKSH, 345 – 355).”

Menurut responden, bentuk pelanggaran prinsip etik terkait *beneficence* adalah terkait kepemilikan jaminan. Terkadang, ada beberapa pasien yang membutuhkan perawatan dengan biaya cukup besar, sehingga sulit melakukan tindakan terbaik karena adanya keterbatasan.

“...seringnya ini masalah biaya yah, misalkan pasien yang tidak mempunyai jaminan padahal ada tindakan atau rujukan, misalnya persalinan dengan penyulit yang mengharuskan dia untuk dirujuk tapi tidak ada jaminan, nah itu kadang-kadang situasi sulit. Lalu di keadaan lain, bisa juga terkait rujukan (ANPKSY1, 326 – 334)”

Menurut responden, pelanggaran prinsip etik terkait *beneficence* didukung faktor keterbatasan ketersediaan tenaga kerja.

“Dan selama ini mungkin terkait dengan covid, banyak sekali kondisi-kondisi yang membutuhkan pelayanan secara berbarengan sehingga ada beberapa tenaga medis yang bertabrakan. (ALPKSWN, 444 - 450)”

Menurut responden, faktor yang berkaitan dengan pelanggaran prinsip etik *beneficence* adalah terkait kasus – kasus penyakit yang sensitif, seperti pasien dengan penyakit hemoroid dan pasien scabies. Alasannya, pasien malu karena letak lokasi pemeriksaan di area intim.

“...biasanya pasien hemoroid karena kan itu di pantat yah, malu.. terus pasien scabies di selangkangan, karena puskesmas ku tuh dekat pesantren, hampir setiap hari ada pasien scabies (setiap aku jaga poli), biasanya yah penyakit-penyakit yang lokasi di area-area begitu sih mbak yg nolak (AVPKBT, 70 – 80)”

4.1.3.2. Kasus pelanggaran prinsip etik bioetik *autonomy*

Menurut responden, kasus pelanggaran prinsip etik *autonomy* dirasakan dokter berupa ancaman. Hal itu terjadi akibat penolakan pembuatan surat keterangan ranap pada kasus fiktif guna kepentingan instansi. Berawal, saat dokter menyarankan untuk dilakukan pemeriksaan sesuai ketentuan, namun pasien menolak dan dokter tetap tidak membuatkan surat tersebut. Dokter yakin saat dirinya melakukan tindakan dengan dasar kebenaran, tidak ada kata takut untuk melewatinya.

“Saya pernah diancam karena kasus keracunan fiktif, jadi ada pemilihan calon lurah, jadi calon lurah A diracuni lurah B, terus mereka minta dirawat karena ada kurang lebih 10 orang jadi sekitar 1 keluarga, kemudian saya minta perawat untuk coba amati apakah mereka muntah, muntah tidak, nah ternyata sepanjang itu mereka tidak ada muntah, diare. Kan mencurigakan yah, Besoknya saya minta hasil muntahannya, ternyata mereka sudah membawa sendiri, lalu saya bilang, oh tidak bisa seperti itu, muntahan itu harus kami yang ambil dan disegel. Kemudian beberapa hari, salah satu anggota keluarga tersebut datang ke ruangan saya minta surat keterangan bahwa keluarganya di opname 10 hari karena diracun oleh keluarga B, mereka sampe membawa polisi. Kemudian saya menjawab, lho tidak bisa pak. Kayanya saya waktu itu kelewat berani, saya tetep gak mau, apapun ancaman bapak saya tidak akan buat pak, karena tidak ada dasarnya, saya

kalau bener gak takut saya bilang, itu saat saya masih umur 30 tahunan. (RNPKSW , 550-590)”

Menurut responden, bentuk pelanggaran prinsip etik *autonomy* berkaitan dengan sistem rujukan. Hal tersebut terjadi akibat beberapa faktor, seperti, ketidaktahuan pasien terkait aturan rujukan dan penyakit yang diderita. Sehingga, mereka akan menuntut banyak kepada para dokter. Namun, sikap dokter di faskes primer tetap mengikuti aturan yang berlaku. Jika memang kondisi pasien tidak membaik atau tidak ada perubahan, akan dipertimbangkan rujukan. *“...bisa juga terkait rujukan. Pasien yang punya jaminan atau askes minta langsung dirujuk, atau cek pemeriksaan macem-macem (ANPKSY1, 335 – 340).”*

“Memang pernah beberapa kali seperti itu, dia memang sudah pengen ke rumah sakit padahal baru pertama kali datang dan menurut kami pun tidak perlu dilakukan rujukan terkait penyakitnya, kalo saya tetap jelaskan memang ini kasus yang bisa kami tangani di puskesmas, kecuali jika memang nanti tidak membaik atau tidak dapat perubahan hasil baru akan dipertimbangkan untuk rujukan. (KRSPKSKSH, 295 – 310).”

Menurut responden, bentuk pelanggaran etik terkait *autonomy*, dipengaruhi adanya keterbatasan sarana. Hal tersebut terlihat saat pemeriksaan. Dimana, dalam satu ruang layanan hanya diberi sekat untuk dua dokter. Hal tersebut akan berdampak pada ketidaktepatan terapi dan pelanggaran aspek kerahasiaan pasien.

“Kita tuh kurang mba dari segi ruangan, ruangnya kurang memadai karena kalau di puskesmas kan sempit-sempit gitu ya kadang tadinya kita mau menjaga kerahasiaan pasien itu, jadi agak kurang gimana gitu saat anamnesis mendalam jadi yah kadang kurang baik karena satu ruangan di sekat jadi dua jadi tetep terdengar toh suaranya. Ya mungkin itu... (USPKJT, 560 – 565)”

“Kadang kita baru anamnesis pasien tuh tapi ada pasien yang ribut karena “dokternya kok le nglayani pasien sue banget”, pernah kaya gitu, kaya terbatas ruangnya (USPKJT, 600 - 610)”

Menurut responden, faktor penyebab adanya pelanggaran prinsip *autonomy* adalah pasien yang cenderung membandingkan seni terapi antar dokter. Yang mana, sebaiknya, hal tersebut dihindari.

“Pemeriksaan biar ga false positif terus pasien tidak diterima dan akhirnya membandingkan saya dengan senior saya, karena senior saya sering mindsetnya seperti itu. (FTRPKSDY, 55 – 59)”

4.1.3.3. Kasus pelanggaran prinsip bioetik *justice*

Menurut responden, bentuk pelanggaran prinsip etik *justice*, yakni terkait *upcoding* kasus rujukan. Pertengkaran batin yang responden alami adalah aturan rujukan yang berbeda dengan kriteria klinis.

“Jadi pernah saya ada di posisi misal pasien itu BPJS dan butuh untuk pemeriksaan lanjutan yang sifatnya rujukan, nah tapi BPJS itu tidak mengclaim istilahnya, akhirnya kita akan sesuaikan diagnosis pasien dengan yang BPJS bisa menerima, mereka bisa menerimanya apa untuk diagnosa, karena kan kita juga gak mau pasien kita tidak tertangani. Karena kriteria BPJS dengan kriteria klinis itu kadang berbeda mbak... gitu, kalau saya prinsipnya saya akan tangani pasien dengan baik (USPKJT, 270 – 350)”

Menurut responden, bentuk pelanggaran prinsip etik *justice*, berkaitan dengan terapi kombinasi pada pasien. Terapi kombinasi tersebut dilakukan semata-mata agar pasien tidak bolak balik, tidak keluar biaya terus-menerus dan kondisi kurang efektif jika hanya dilakukan monoterapi.

“...misal ada pasien nyeri lambung saya akan berikan obat dua kombinasi. Karena tuh dek, rata-rata pasien tuh gak mempan jika dikasih satu terapi doang, atau antasida doang terus dateng lagi karena dateng, sehingga saya begitu tuh sebenarnya buat pasien juga; biar pasien gak mondar-mandir karena di puskesmas saya banyak banget pasien jalan kaki, terus biar pasien gak keluar biaya terus menerus. Jadi untuk meminimalisir mereka mondar mandir, (AVPKBT, 531 – 540).”

4.1.3.4. Kasus pelanggaran prinsip bioetik *non - maleficence*

Menurut responden, bentuk kasus pelanggaran prinsip *non-maleficence* yang dilakukan oleh sejawat, yakni *mistreatment* atau pemberian obat loperamide pada bayi. Obat loperamide merupakan obat dengan kategori C yang berdampak buruk pada kondisi bayi. Tindakan dokter selanjutnya adalah memberikan pemahaman kepada keluarga atau ibu untuk tidak menggunakannya kembali.

“Namun, ada beberapa kondisi yang fatal, misalnya pemberian loperamide pada bayi, kalau kaya gitu saya terus terang kalau obat itu

berbahaya, biar obatnya gak dipakai lagi. Terus saya sampaikan begitu, agar pasiennya tidak salah terapi. (DHTPKKSH, 505 – 515)”

Menurut responden, pelanggaran terkait prinsip *non-maleficence* dapat dilakukan oleh petugas farmasi. Hal tersebut didukung dari pengalaman, bahwa dokter telah meresepkan BSO (Bentuk Sediaan Obat) dengan dosis yang sesuai kondisi pasien, namun petugas farmasi memberikannya dengan sediaan atau dosis yang berbeda. Terjadi lah pemberian terapi yang tidak sesuai dengan anjuran dokter.

“Kesalahan petugas farmasinya itu, biasanya yah human factornya, human error, .. contoh kita meresepkan obat tetes mata sama pihak farmasi akan diberikan obat tetes telinga, lalu misal kita resepkan salbutamol 2mg eh adanya 4mg terus diberikan yang itu, biasanya sih obat-obat yang sejenis. (ALPKSWN, 310 – 326)”

Menurut responden, salah satu faktor adanya pelanggaran prinsip *non-maleficence* adalah kesalahan manusia atau *human error*.

“... pernah ada kasus di puskesmas Sewon II tuh petugas farmasi yang salah memberikan obat padahal dokter sudah memberikan obat X. Kesalahan petugas farmasinya itu, biasanya yah human factornya, human error. (RNPKSW, 611 – 650)”

Menurut responden, bentuk pelanggaran prinsip etik *non-maleficence* terjadi saat awal masa pandemi covid'19. Saat itu, banyak permintaan terkait surat keterangan sehat perjalanan. Namun, terjadi pertengkaran batin, karena pemerintah menganjurkan setiap masyarakat untuk dirumah. Hal tersebut terjadi akibat peningkatan signifikan jumlah pasien terinfeksi covid'19.

“Waktu awal-awal pandemic, kita semua kan tidak boleh memberikan surat keterangan sehat yah, nah sekitar bulan maret-april kan orang-orang banyak minta surat perjalanan tapi tanpa surat sehat. nah puskesmas ku tuh kan puskes pertama di Bantul yang nanganin covid, jadi waktu itu sempet kena teguran pertama. Waktu itu, aku nemuin satu pasien yang marah-marah karena dia awalnya kan minta surat sehat untuk daftar SIM buat ngelamar kerja, terus aku bilang iya boleh pak buat bikin SIM, nah begitu aku tulis untuk pembuatan SIM pasien marah. terus dia bilang “loh mbak itu loh surat perjalanan ko malah itu”, saya jawab yah “pak sim itu

surat izin mengemudi bukan surat perjalanan, terus saya bilang pokoknya selama pandemi ini tidak ada surat keterangan sehat untuk perjalanan ya pak. Terus beliau marah2 sambil bilang “berarti njenengan mau matiin saya, saya gak bisa kerja (AVPKBT, 457 – 479)”

Menurut responden, kasus pelanggaran prinsip etik *non-maleficence* terjadi saat dokter sedang pelayanan. Beberapa dokter merasakan perbedaan sikap profesionalisme oleh dokter senior. Salah satunya, terjadi saat pengobatan pasien. Dokter senior cenderung menyamaratakan kondisi pasien yang berpotensi pada perburukan pasien.

“...terus pasien tidak diterima dan akhirnya membandingkan saya dengan senior saya, karena senior saya sering mindsetnya seperti itu “ketika ada pegel-pegel ya langsung pengecekan kolesterol (AVPKBT, 247 – 300)”

“pasien HT, dia kan gak boleh lepas obat yah, kecuali mereka udah stabil (tapi tetep tapering dose), nah pada dokter-dokter senior itu seringnya melakukan lepas obat kepada pasien, ndilalahnya sering banget pas ketemu saya tensinya hipertensi stage 2 lagi.. pusing saya... (AVPKBT, 336 – 346)”

4.1.3.5. Pelanggaran bioetik terhadap tenaga kesehatan dan teman sejawat

Menurut responden, bentuk pelanggaran etik terhadap tenaga kesehatan dan teman sejawat adalah dokter spesialis yang tidak paham aturan rujukan BPJS. Hal tersebut berdampak pada faskes sebelumnya. Dimana, pasien akan ditolak dan berpikir kesalahan terjadi akibat faskes primer sebelumnya. Padahal, memang aturan BPJS hanya membatasi rujukan kasus penyakit sebanyak lebih kurang 144 diagnosis.

“Awal-awal larangan itu dikerjakan sedikit-sedikit, namun sekarang-sekarang karena didukung dengan adanya punishment terhadap RS jika melakukan pemeriksaan terhadap 144 penyakit, gabisa ngeclaim. Dan itu sayangnya, banyak dokter spesialis yang tidak tau terkait dengan 144 diagnosa penyakit yang tidak bisa dirujuk. Jadi nanti, dokternya kadang bilang “bu nanti minta rujukan lagi di puskesmas yah (RNPKSW, 580 – 620)”

Menurut responden, bentuk pelanggaran etik terhadap tenaga kesehatan dan teman sejawat terlihat saat pelayanan. Dokter senior cenderung kurang

memperhatikan aspek etik terhadap teman sejawat. Hal tersebut dirasakan berdasarkan pengalaman dokter junior saat diskusi. Dalam diskusi tersebut, dokter senior merasa di atas sehingga sulit menerima pendapat. Faktor yang berperan adalah kurangnya *update* informasi terkait lingkup kesehatan.

“Walaupun terkadang cara yang senior tuh kurang betul mungkin karena mereka belum update saja.... (AVPKBT, 325 – 330). “Kalau sesuatu tuh pasti ada mbak, kaya sikap kurang etis tentu ada, tapi jika memang itu tidak mengganggu kinerja saya yasudah.. AVPKBT, 330 – 335).”

Menurut responden, bentuk pelanggaran etik terhadap tenaga kesehatan dan teman sejawat adalah perbedaan sikap dokter senior. Beberapa dokter senior cenderung teguh pendirian akan pendapatnya namun tidak sedikit juga yang menerima ketika berdiskusi.

“Kadang beberapa kali aku bantu pelayanan terus ketika memberikan sesuatu kepada pasien ya pakemnya A ya A, cuman beberapa kali ada yang nanya sih “kalo kaya gini mendingan gimana yah” misalkan tentang covid (karena saya kemarin kena covid jadi bisa lebih sharing pengalaman), terus saya jawab bagusnyanya gini dok blablabla. Terus terkait rujukan juga pernah diskusikan. Jadi bisa disimpulkan yah ada beberapa dari mereka gak mandang kalo dia lebih tinggi, tapi ada juga beberapa yang ketika pakemnya A ya A. pernah sih saya ngingetin, terus karena covid terpisah ya jadi saya gak pernah intervensi lagi. (AVPKBT, 370 - 405).”

4.1.4. Upaya Perbaikan Implementasi Kaidah Dasar Bioetik

Tema ini terdiri dari beberapa subtema, yaitu perbaikan komunikasi dan kolaborasi dalam tim pelayanan, peningkatan sensitivitas etik, serta kesadaran akan ketersediaan sumber daya.

4.1.4.1. Perbaikan Komunikasi dan Kolaborasi dalam Tim Pelayanan

Menurut responden, upaya peningkatan kualitas layanan adalah peningkatan kemampuan komunikasi. Komunikasi dilakukan dengan tepat dan tidak menyudutkan pasien. Selain itu, dokter dan pasien dituntut lebih aktif, bebas mengemukakan pendapat, serta mengerti hak dan kewajibannya masing-masing.

“Kemampuan komunikasi, mungkin kita sering melakukan tapi hal tersebut juga harus terus kita asah, asal komunikasi kepada pasien tepat, pasien tidak merasa dihakimi. Kemudian kemampuan dalam hal pengelolaan

penyakit, kita harus terus berusaha untuk meningkatkan pengetahuan baru, terapi kini, pemeriksaan terkini, karena kan penyakit kan ada banyak yah varian baru. Kemudian terkait tata laksana juga kan ada metode-metode baru, jadi jika kita tidak mengikuti informasi terbaru akan tertinggal juga begitu yah. (LNPKBLP, 440 – 460)”

4.1.4.2. Peningkatan Sensitivitas Etik

Menurut responden, peningkatan sensitivitas etik terlihat dalam menanggapi kasus diskriminasi oleh dokter senior. Sebaiknya, sikap yang ditunjukkan adalah tetap profesionalisme selama hal tersebut tidak mengganggu kinerja. Langkah dokter junior adalah saling mengingatkan, tidak menyalahkan dan tidak menyudutkan.

“Dokter senior jika dibandingkan saya ya akan berbeda, maksudnya saya juga pernah pasti melakukan yang tidak seprofesional yang seharusnya, Cuma kalo sekarang sih seusia saya dan dibawah saya karakternya hampir sama, dari segi profesionalisme tidak ada yang masalah sih, saling mengingatkan. (KRSPKSKSH, 550 – 560)”

Menurut responden, peningkatan sensitivitas etik terlihat dalam menanggapi kasus perbedaan metode terapi antar sejawat. Sikap yang ditunjukkan adalah berdiskusi dan cenderung tidak memperpanjang masalah. Karena, sejatinya terapi merupakan bentuk seni seorang dokter. Sehingga, pasti akan ada perbedaan pada setiap individu. Oleh karena itu, dianjurkan kepada pasien agar tidak *doctor shopping* atau berganti-ganti layanan dokter.

“Beberapa begitu ya dengan teman sejawat, misalkan terkait terapi, misalkan menurut kita kok ada beberapa terapi yang seperti ini, padahal untuk pasien ini ada beberapa terapi yang lebih cocok”, atau intinya ada perbedaan terapi begitu ada sih... seharusnya gini tapi kok seperti ini. Tapi itu bisa kita selesaikan sih, kita selesaikan dengan cara menghormati sejawat lain, dan informasi tersebut cukup sudah sampai di kita saja, tidak usah dibebarkan baik itu kepada pasien ataupun naskes lain. (LNPKBLP, 173 – 200)”

4.1.4.3. Kesadaran akan Ketersediaan Sumber Daya

Menurut responden, perbaikan implementasi bioetik didukung faktor ketersediaan sumber daya. Adapun, hal – hal yang dimaksud adalah kelengkapan

obat – obat baik generik maupun paten, kesetaraan jumlah petugas serta keramahan waktu pelayanan.

“Paling masukkan tentang waktu pelayanan kemudian mintanya obat-obat dilengkapin jadi tidak harus dirujuk kerumah sakit, ya mungkin ada 1 2 masuk ke kotak surat tentang keramahan petugas, keramahan waktu. Ohiya mbak, terkait dengan jumlah petugas yang harus dipadankan di setiap polinya. Apalagi, kepada puskesmas – puskesmas yang menangani pasien dengan jumlah banyak setiap harinya. (LNPkBLP, 173 – 200)”

4.2. PEMBAHASAN

4.2.1. Implementasi Kaidah Dasar Bioetik

Hasil penelitian menunjukkan dokter telah mengimplementasi etik terkait prinsip *beneficence*. Prinsip ini mengutamakan tindakan kebaikan, kemurahan hati, mencintai, dan kemanusiaan. Hal tersebut merujuk tidak hanya kepada pasien tetapi juga keluarga dan masyarakat. Hal itu dibuktikan dari tindakan dokter yang menerapkan pelayanan secara holistik kepada pasien. Pelayanan yang mengutamakan aspek bio – psiko - sosial – kultural serta spiritual pasien. Hal lain pun dibuktikan bahwa dokter telah melakukan pelayanan sesuai kompetensi, pendekatan persuasif serta pemeriksaan diagnostik secara gratis. Sesuai dengan literatur yang mengatakan bahwa, penerapan prinsip *beneficence* adalah *patient – centered care*. *Patient – centered care* merupakan pelayanan yang memperhatikan seluruh aspek, seperti kondisi klinis, emosional, mental, sosial, spiritual, hingga psikologis dari pasien. Sehingga, diperlukan komitmen serta usaha untuk memberikan mutu pelayanan terbaik. Karena, pada hakikatnya manusia itu sangat berharga. Nilai kehidupan manusia tak tertandingi dan tak tergantikan oleh apapun (Kusmaryanto, 2015).

Hasil penelitian menunjukkan dokter telah melakukan pelayanan secara runtut dan mendalam pada pasien. Hal tersebut dibuktikan dokter ketika mengambil keputusan tindakan medis. Keputusan diambil dengan faktor “*medical indications*” atau aspek medis tertentu. Aspek yang dimaksud adalah masalah klinis pasien, anamnesis, diagnosis, prognosis, tipe penyakit akut atau kronis, tingkatan darurat, tujuan dan keberhasilan pengobatan serta terapi lanjutan (Hanafiah dan Amir, 2017). Adanya kesesuaian antara hasil penelitian dengan literatur menunjukkan dokter telah menjalankan prinsip bioetik *beneficence*.

Hasil penelitian menunjukkan dokter telah mengimplementasi etik terkait prinsip *autonomy*. Prinsip *autonomy* berarti kebebasan hak memilih, berpendapat, serta kesetaraan akan tingkatan ekonomi, pekerjaan atau aspek tertentu. Hal tersebut sesuai dengan “*Declaration of Human Rights*” Perserikatan Bangsa Bangsa 1948. Isi dari perumusan HAM tersebut adalah “*Setiap orang dilahirkan merdeka, memiliki hak yang sama, berpendapat serta dihormati sebagai manusia tanpa memerhatikan wilayah asal dan keturunannya. Setiap orang tidak boleh diberlakukan kejam, serta dianggap bersalah kecuali pengadilan telah menyalahkannya. Setiap orang mendapatkan jaminan sosial, pelayanan dan perawatan diri bagi dirinya dan keluarganya.*”

Berdasarkan uraian di atas, disimpulkan bahwa pelayanan terbaik kepada pasien merupakan hak asasi yang utama. Sebagai contoh, dokter memberikan informasi menyeluruh terkait kondisi pasien. Selanjutnya, pasien akan dimintai persetujuan yang disahkan melalui PTK (Persetujuan Tindakan Kedokteran). PTK akan ditandatangani oleh pasien dan/atau pihak keluarga tanpa unsur paksaan tertentu. Kesesuaian antara hasil penelitian dengan konsep yang telah dijelaskan menunjukkan dokter telah menerapkan prinsip bioetik, yaitu *autonomy*.

Hasil penelitian menunjukkan dokter telah mengimplementasi etik terkait prinsip *justice*. Prinsip ini dibuktikan dari prioritas penanganan pasien saat layanan. Penanganan dilakukan berdasarkan nomor antrian tanpa dipengaruhi faktor eksternal, seperti kepemilikan jabatan, jaminan, tingkatan ekonomi serta pendidikan. Namun, terdapat pengecualian pada pasien dengan kategori gawat darurat. Keadaan darurat dinilai oleh beberapa faktor, seperti risiko kematian serta risiko kecacatan yang serius. Berdasarkan pasal 32 Undang – Undang Kesehatan tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan menyatakan bahwa dalam keadaan darurat, baik pemerintah maupun swasta wajib memberikan pelayanan guna penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan pada pasien (Hanafiah dan Amir, 2017).

Dalam mengimplementasikan bioetik *justice*, dokter dihadapkan dengan “kesadaran” pasien. Hal itu didasari oleh banyaknya pasien dengan kebesaran waham akan tingkat jabatan, ekonomi, kepemilikan wewenang dan lainnya (Koswara, 2020). Sehingga, terkadang tindakan petugas pemberi layanan harus bertabrakan dengan pemahaman pasien tersebut. Langkah dokter selanjutnya adalah mengedukasi dan memberikan penjelasan terkait urutan pelayanan yang

tidak dipengaruhi faktor apapun. Kesesuaian antara hasil penelitian dengan beberapa konsep menunjukkan dokter telah menerapkan prinsip bioetik *justice* (Serudji, 2008).

Hasil penelitian menunjukkan dokter telah mengimplementasi etik terkait prinsip *non-maleficence*. Hal itu dibuktikan dokter ketika mempertimbangkan tindakan berisiko. Tindakan berisiko adalah tindakan diluar batas kemampuannya. Sebagai contoh, merujuk pasien dengan kondisi kritis, melimpahkan wewenang pemeriksaan pada dokter yang lebih kompeten dan lain sebagainya. Hal tersebut sejalan dengan point hak dokter, yang berisikan “penolakan pasien yang bukan bidang spesialisasi wajib dilakukan terkecuali pada pasien gawat darurat atau tidak ada dokter lain yang mampu menangani dengan disertai pertimbangan keamanan tertentu” (Bartens, 2011).

Pertimbangan yang dimaksud adalah tidak membahayakan hidup seseorang yang melainkan harus dijaga dan dilindungi. Sehingga, terdapat kaitannya antara prinsip *non-maleficence* dengan *beneficence*. Kedua prinsip tersebut mengajarkan bahwa “tidak cukup kita tidak berbuat jahat melainkan harus ada usaha untuk melakukan kebaikan demi tercapainya kesejahteraan sesama” (Kusmaryanto, 2015). Kesesuaian antara hasil penelitian dengan beberapa konsep menunjukkan dokter telah menerapkan prinsip bioetik *non-maleficence*.

4.2.2. Implementasi Kaidah Dasar Bioetik terhadap Tenaga Kesehatan dan Teman Sejawat

Hasil penelitian menunjukkan dokter telah menerapkan prinsip bioetik terhadap teman sejawat dan tenaga kesehatan. Hal tersebut ditunjukkan dari sikap profesionalisme saat layanan. Sikap ini dinilai dari perilaku dokter dalam menjalankan praktik, termasuk hubungan interaksi. Interaksi dilakukan tidak hanya kepada pasien, tetapi juga keluarga, teman sejawat, rekan kerja serta masyarakat. Sikap yang ditunjukkan antara lain sikap keterbukaan, sikap toleransi, penerapan kata sederhana yang bermakna, serta menjunjung tinggi kebenaran. Berdasarkan literatur dijelaskan bahwa dalam menjalankan tugasnya diharapkan dokter menerapkan sikap asertif. Sikap ini merupakan perilaku yang mengarah pada keterbukaan, ketegasan, kejujuran serta teguh pendirian (Davis *et al.*, 2003). Hal tersebut menjadi sangat penting untuk diaplikasikan karena dokter rentan menerima konflik saat bertugas di layanan.

Hasil penelitian menunjukkan dokter telah menerapkan prinsip bioetik terhadap teman sejawat dan tenaga kesehatan. Hal itu dibuktikan dari hubungan kerja sama antara laborat, petugas farmasi, fisioterapi dan petugas kesehatan lainnya. Perilaku yang diterapkan adalah memahami batasan kewenangan masing – masing, menjalankan etik sesuai profesi, saling menghormati, tidak berkompetisi, tidak ada konflik yang begitu berarti, kesetaraan kedudukan serta sikap di depan pasien. Sesuai dengan pasal 14 dan pasal 15 yang terdapat pada KODEKI (Kode Etik Kedokteran Indonesia), yang berbunyi “Setiap dokter memperlakukan teman sejawat sebagaimana ia sendiri ingin diperlakukan serta tidak boleh mengambil alih pasien dari teman sejawat terkecuali ada persetujuan dan berdasar prosedur yang etis” (Mudayana, 2015). Kesesuaian antara hasil penelitian dengan literatur menunjukkan dokter telah mengimplementasikan keempat prinsip bioetik terhadap teman sejawat dan tenaga kesehatan.

Berdasarkan literatur lain, penerapan kode etik kedokteran Indonesia khususnya dokter umum di puskesmas Kota Padang memiliki tingkat refleksi KODEKI yang kurang dari standar. Refleksi KODEKI memperlihatkan lima nilai moral, diantaranya, altruisme, idealisme, akuntabilitas, integritas ilmiah, dan integritas sosial. Dapat disimpulkan, dokter umum di puskesmas Kota Padang belum menerapkan prinsip kaidah dasar bioetik dalam pelayanan. Menurut Prof. Samsuridjal Djauzi, hal itu dipengaruhi oleh beberapa faktor. Diantaranya, rendahnya sistem pembayaran dokter, biaya pendidikan preklinis tinggi serta tingginya harapan masyarakat kepada dokter. Beberapa faktor tersebut mempengaruhi jiwa pengabdian serta orientasi pragmatis dokter (Koswara, 2020).

4.2.3. Dilema Etik yang Dihadapi Dokter

Hasil penelitian menunjukkan dokter telah dihadapkan beberapa rintangan saat pelayanan. Hal tersebut dapat dipicu oleh beberapa faktor. Diantaranya, pasien, teman sejawat, aturan serta hal lain yang berkaitan di layanan primer. Terkadang, dilema etik dapat berupa penolakan tindakan oleh pasien, orang tua tidak kooperatif, pasien dengan penyakit sensitif, seperti HIV, hemoroid, dan lain - lain. Dilema etik yang dirasakan dapat berasal dari suatu ancaman. Misalnya, ancaman terkait rujukan yang tidak ada indikasi, permintaan surat sakit atau sehat tanpa pemeriksaan, dan surat – surat lain guna kepentingan instansi tertentu. Berdasarkan pasal 7 KODEKI: *“Dokter hanya memberi keterangan dan pendapat setelah diperiksa sendiri kebenarannya. Keterangan harus objektif dan tidak*

dipengaruhi apapun". Kesesuaian antara hasil penelitian dengan literatur menunjukkan dokter telah melakukan hal sesuai dengan pedoman KODEKI (Istadi, 2013)

Hasil penelitian menunjukkan dilema etik terkait teman sejawat berupa beberapa hal. Sebagai contoh, dokter kurang paham aturan rujukan, *mistreatment* pada bayi dengan pemberian loperamide serta membicarakan kerahasiaan pasien. Hal lain pun ditunjukkan dari perbedaan sikap profesionalisme oleh dokter senior. Beberapa dokter junior merasakan kurangnya sikap keterbukaan dokter senior ketika berdiskusi. Tidak hanya itu, faktor ketersediaan sarana dan prasarana, seperti ruang pemeriksaan, kelengkapan obat, dan jumlah tenaga kerja menjadi peran pendukung. Sesuai dengan referensi, faktor lingkungan sangat berperan dalam mengimplementasikan prinsip etik saat layanan. Faktor tersebut menyebabkan terbentuknya konflik baik dalam diri seorang dokter maupun hubungan interaksi dengan tenaga kerja lain (Istadi, 2013).

Berdasarkan literatur lain, Konflik di bidang kedokteran dialami oleh salah satu dokter kandungan di RS Grha Kedoya Jakarta. Kasus tersebut didasari pengangkatan indung telur pasien secara sepihak. Studi kasus bermula, ketika pasien merasakan nyeri setelah olahraga yang kemudian menuju ke dokter internis. Kemudian, dokter mengindikasikan pasien terkena kista dan disarankan untuk ke dokter kandungan. Dokter melakukan operasi kista, namun selang empat hari dokter memberi tahu kedua indung telur pasien pun diangkat. Pada saat itu, dokter memperkirakan bahwa dua indung telur pasien terindikasi kanker. Sehingga, dokter melakukan pengangkatan demi menghindari komplikasi. Dari kasus tersebut, didapatkan bahwa konflik dalam diri seorang dokter yang sifatnya negative akan berpengaruh besar kepada pasien (Setiawan *et al.*, 2018).

4.2.4. Upaya Perbaikan Implementasi Kaidah Dasar Bioetik

Hasil penelitian menunjukkan beberapa harapan dalam menunjang perbaikan implementasi bioetik di layanan primer. Hal tersebut dapat berupa perbaikan komunikasi dan kolaborasi dalam tim pelayanan. Dalam mewujudkannya, didukung dari peningkatan pemahaman etik masing – masing profesi, peningkatan hubungan interaksi, *update* perkembangan ilmu serta penerapan sikap profesionalisme saat layanan. Dalam literatur Sadikin (2008), komunikasi akan membentuk hubungan kepercayaan yang mempermudah

kesembuhan pasien. Kepercayaan dapat menunjang pasien dalam memberikan informasi pribadi terkait kondisi kesehatannya.

Hasil penelitian ini pun menunjukkan ketersediaan sumber daya termasuk upaya dalam menunjang perbaikan implementasi bioetik. Dimulai dari perbaikan sarana dan pra-sarana, peningkatan jumlah personil dokter, dan lain sebagainya. Upaya lain juga dapat didukung oleh pemerintah dan/atau organisasi profesi tenaga kesehatan. Berdasarkan pengalaman, dokter memiliki kerentanan terhadap ancaman yang sifatnya personal. Seperti contoh, dokter dimanfaatkan dan dieksploitasi untuk kepentingan pribadi, kelompok atau kepentingan ilmu pengetahuan. Hal tersebut sejalan dengan prinsip *Vulnerability*. *Vulnerability* atau kerentanan merupakan keadaan seseorang untuk terpapar risiko tertentu. Dengan demikian, dokter berharap adanya upaya terkait kebijakan aturan dan perlindungan terhadap seluruh tenaga kesehatan saat layanan (Mudayana, 2015).

4.3.1. Kelebihan

Kelebihan penelitian ini dapat memberikan gambaran implementasi kaidah dasar bioetik di puskesmas wilayah Bantul, Yogyakarta. Tidak hanya itu, penelitian ini pun menggunakan metode wawancara mendalam semi terstruktur sehingga data yang didapat merupakan pengalaman nyata dari para responden.

4.3.2. Keterbatasan

Keterbatasan penelitian ini adalah wilayah penelitian yang hanya mencakup satu kabupaten. Sehingga, belum menggambarkan secara utuh terkait implementasi kaidah dasar bioetik di layanan primer di Indonesia. Keterbatasan lainnya adalah metode pengumpulan data yang dilakukan secara daring. Data diambil melalui media dengan panggilan suara saja sehingga ekspresi responden kurang terlihat.

BAB V. SIMPULAN DAN SARAN

5.1. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan dapat diperoleh kesimpulan terkait persepsi dokter puskesmas terhadap implementasi kaidah dasar bioetik di layanan primer wilayah Bantul sebagai berikut:

1. Bentuk implementasi kaidah dasar bioetik ditunjukkan dari sikap dokter kepada pasien saat pelayanan. Hal tersebut mencakup *beneficence*, *autonomy*, *justice* dan *non-maleficence*.
2. Bentuk implementasi kaidah dasar bioetik terhadap tenaga kesehatan dan teman sejawat ditunjukkan dari kerja sama dokter saat pelayanan. Layanan dilakukan dengan menerapkan prinsip *beneficence*, *autonomy*, *justice* dan *non-maleficence*.
3. Dilema etik yang ditemui saat pelayanan yaitu terkait penerapan empat prinsip bioetik: *beneficence*, *autonomy*, *justice* dan *non-maleficence*. Faktor pemicu dapat berasal dari pasien, teman sejawat atau faktor sarana – prasarana di layanan primer.
4. Ada beberapa harapan yang dapat menunjang implementasi etik di layanan primer. Diantaranya, peningkatan pemahaman etik masing-masing profesi, perlindungan kepada nakes dengan aturan dan kebijakan tertentu serta melakukan *refresh* materi terkait pengetahuan etik.

5.2. Saran

Setelah melakukan penelitian persepsi dokter puskesmas terhadap implementasi bioetik di layanan primer wilayah Bantul, maka:

5.2.1. Saran untuk Institusi

1. Diharapkan kepada Fakultas Kedokteran UII dapat menambahkan sumber belajar bahan bioetik. Sumber dapat dalam bentuk online yang mudah diakses oleh mahasiswa baik tahapan pre - klinik maupun klinik.
2. Diharapkan kepada IDI (Ikatan Dokter Indonesia) dan organisasi profesi tenaga kesehatan di Indonesia dapat memberlakukan *refresh* materi, terutama bioetik, dengan berupa studi kasus, seminar, atau lainnya.
3. Diharapkan kepada Dinas Kesehatan Bantul dapat melakukan evaluasi kembali terkait perilaku profesional tenaga kesehatan serta mempertahankan perilaku profesional yang telah ada.

5.2.3. Saran untuk Mahasiswa

1. Diharapkan mahasiswa Fakultas Kedokteran dapat lebih bersungguh-sungguh dalam mempelajari bioetik kedokteran dan mengaplikasikannya saat pelayanan praktik profesi.

5.2.4. Saran untuk Penelitian berikutnya

1. Diharapkan peneliti berikutnya dapat menggunakan metodologi penelitian yang lebih komprehensif seperti *mixed method*.
2. Diharapkan cakupan populasi responden penelitian diperluas, tidak hanya di satu kabupaten sehingga data dapat memberikan gambaran implementasi kaidah dasar bioetik di layanan primer di Indonesia.

DAFTAR PUSTAKA

- Afandi, D, 2017, Kaidah dasar Bioetika dalam pengambilan keputusan klinis yang etis, *Majalah Kedokteran Andalas*, 40(2), pp.111-121.
- Affandi D, Ismail RI, Purwadianto A., 2017, Refleksi dokter terhadap kode etik kedokteran Indonesia, *Majalah Kedokteran Indonesia*, 61(3), pp. 88 - 111.
- Bertens, K., 2011, *Etika*, Kanisius, Yogyakarta.
- Bond AR, 2013, Rewarding ethical medicine. *American Medical Association Journal of Ethics*, 15(7).pp 563-4.
- Braun, V., Clarke, V., 2006, Using thematic analysis in psychology, *Qualitative Research in Psychology*, 13(1). pp 25-38.
- Davis D, Barnes BE, Fox R., 2003, The continuing professional development of physicians: from research to practice. *American Medical Association*.
- Darwin, E., 2015, *Etika Profesi Kesehatan Ed.1*, Deepublish, Yogyakarta.
- Dc, W. T. J., 2011, 'The 4 basic ethical principles that apply to forensic activities are respect for autonomy , beneficence , nonmaleficence , and justice', *Journal of Chiropractic Medicine*. Elsevier B.V., 10(3), pp. 225–226.
- Dubois, J. M. Bakia, M. Gea, A.A., 2019, 'Serious Ethical Violations in Medicine : A Statistical and Ethical Analysis of 280 Cases in the United States From 2008 – 2016', *The American Journal of Bioethics*. Taylor & Francis, 19(1), pp. 16–34.
- Hanafiah, M.J., Amir, A., 2017, *Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan Ed.5*, EGC, Jakarta.
- Handayani, M.F., 2017, Ketentuan Tentang Kendali Mutu dan Kendali Biaya Berdasarkan Pasal 49 UU No. 29 Tahun 2004 Tentang Praktek Kedokteran terhadap Terpenuhinya Kebutuhan Hak Pasien Untuk Memperoleh Pelayanan Kesehatan, *Doctoral dissertation, Magister Hukum Kesehatan Universitas Katolik Soegijapranata*, Semarang.
- Ikatan Dokter Indonesia., 2012, Kode etik kedokteran Indonesia dan pedoman pelaksanaan kode etik kedokteran Indonesia, *Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Indonesia*, *Ikatan Dokter Indonesia*.
- Istadi, Y., 2013, Pengembangan Area Etika, Mediko Legal dan Profesionalisme serta Keselamatan Pasien dalam Kurikulum Berbasis Kompetensi, *Jurnal Pendidikan Kedokteran Indonesia*, Maret 2013 Vol 2, No 1.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia., 2009, Undang - Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan. Jakarta; 5.
- Koswara, I.Y., 2020, Malpraktik Kedokteran Perspektif Dokter dan Pasien KODEKI, Deepublish, Yogyakarta.

- Kusmaryanto, C.B., 2015, *Bioetika* (2nd ed). Kompas Gramedia, Jakarta.
- Laili, R., 2020, Dilema Etik Perawat Dalam Pengambilan Keputusan Klinis, *Humaniora* 4(2), pp 200 - 210.
- McGovern, C., 2016, *Medical Ethics : Principles of Medical Ethics, Encyclopedia of Forensic and Legal Medicine*. Elsevier Ltd.
- Mekarisce, A. A., 2020, 'Teknik Pemeriksaan Keabsahan Data pada Penelitian Kualitatif di Bidang Kesehatan Masyarakat', *Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat*, 12(33), pp. 145–151.
- Mudayana, A.A., 2015, Peran Aspek Etika Tenaga Medis dalam Penerapan Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit, *Majalah Kedokteran Andalas*, 37, pp.69-74
- Putri, R. A. and Herman, R. B., 2015, 'Artikel Penelitian Gambaran Penerapan Kode Etik Kedokteran Indonesia pada Dokter Umum di Puskesmas di Kota Padang', 4(2), pp. 462–466.
- Rifardi, M., 2017, 'Penerapan Nilai Kode Etik Kedokteran Indonesia Pada Era Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Rokan Hilir', 5(2), pp. 135-156
- Roubaix, J. A. M. De., 2011, 'Beneficence , non-maleficence , distributive justice and respect for patient autonomy e reconcilable ends in aesthetic surgery ?', *British Journal of Plastic Surgery*. Elsevier Ltd, 64(1), pp. 11–16.
- Saarni, S.I., Parmanne, P., Halila, R., 2008, Ethically Problematic Treatment Decisions: A Physician Survey, *Bioethics* Vol 22 Number 2 2008 pp 121-129
- Sadikin ZD. Profesionalisme bagi Profesi Dokter. Badan Pengembangan dan Pendidikan Keprofesian Berkelanjutan (P2KB) Ikatan Dokter Indonesia. *Maj Kedokt Indon: 58(4); 2008*
- Saputra J,K., 2018, Peran Dokter Pada Layanan Kesehatan Primer, *Majalah Kedokteran Indonesia* 32(2), pp. 7-11.
- Sasson., Sassy., 2000, Beneficence versus Respect for Autonomy, *Journal of Gerontological Social Work*, 33(1), pp 5–16.
- Sastroasmoro, S., Sofyan, I., 2014, *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis* Edisi ke-5, CV.Sagung Seto, Jakarta, pp:120-7
- Serudji J., 2008, Materi etika dalam pendidikan profesi dokter spesialis (kajian pada program pendidikan dokter spesialis obstetri dan ginekologi fakultas kedokteran Universitas Andalas/Rumah Sakit Dr. M. Djamil Padang (disertasi). Padang: *Universitas Andalas; 7(2)*, pp 30 -35.
- Setiawan, H., Putera, D.O., Sugiharta, N., 2018, Pelanggaran Kode Etik Kedokteran Pada Kasus Pengangkatan Indung Telur Pasien Secara

Sepihak Di Rs. Grha Kedoya Jakarta Barat, *Jurisprudentie: Jurusan Ilmu Hukum Fakultas Syariah dan Hukum*, 5(2), pp.99-120

- Shenton, A. K., 2004, 'Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects', *Education for Information*, 22(2), pp. 63–75.
- Sofia, S., 2020, Konsep Perlindungan Hukum Bagi Tenaga Medis Dalam Penanganan Covid-19, *Jurnal Hukum dan Pembangunan Ekonomi*, 9(1), pp.16-25.
- Sugiyono, 2012, Populasi dan Sampel. Dalam: Sugiyono. Memahami Penelitian Kualitatif. Edisi ke-7. Bandung. CV. Alfabet, pp. 49-240
- Taylor, R. M., 2013, *Ethical principles and concepts in medicine*. 1st edn, *Ethical and Legal Issues in Neurology*. 1st edn. Elsevier B.V.
- Tim Pengembangan Pedoman Bahasa Indonesia, 2016, *Pedoman Umum Ejaan Bahasa Indonesia*, Badan Pengembangan dan Pembinaan Bahasa Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, Jakarta
- Wahid, S., 2017, Etika dan Profesionalisme di Bidang Kedokteran, *Seminar Sinergi dalam Profesionalisme untuk Indonesia Sehat Dies Natalis 61 FKUH, Indonesia*
- Wiyati, S. and Rifardi, T., 2013, 'Kualitas Pelayanan di Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) Cangkringan, Sleman, Yogyakarta, 4(2), pp. 330-375

Lampiran I. Pedoman Wawancara

1. Menurut Anda yang merupakan penyedia layanan kesehatan pertama, apa sajakah peran yang dilakukan?
2. Ceritakan pengalaman Anda ketika melakukan pemeriksaan kepada pasien?
3. Apa yang Anda lakukan ketika akan melakukan tindakan pemeriksaan kepada pasien? Mohon jelaskan!
4. Apakah ada pasien yang menolak tindakan yang akan Anda lakukan? Apa yang Anda lakukan dalam menghadapi hal tersebut?
5. Bagaimana Anda menyampaikan diagnosis kepada pasien dan keluarganya? Mohon ceritakan!
6. Pernahkah Anda menemukan pasien yang tidak dapat membayar biaya pengobatan? Apa yang Anda lakukan? Mohon ceritakan!
7. Apakah Anda pernah menemukan situasi yang bertentangan dengan hati nurani Anda ketika sedang bertugas di puskesmas? Mohon jelaskan!
8. Apakah solusi yang akan Anda lakukan jika berada di posisi yang bertentangan tersebut?
9. Menurut Anda, dengan mengimplementasikan sikap profesionalisme, apakah dapat dijadikan salah satu solusi jika menemukan situasi bertentangan dengan hati nurani? Mohon jelaskan!
10. Terkait fakta dilapangan, apakah setiap dokter sudah menerapkan sikap profesionalisme tersebut?
11. Menurut anda, upaya apa saja yang dapat membantu seseorang menerapkan sikap profesionalisme tersebut?
12. Apa yang akan Anda lakukan jika terdapat pasien yang memilih untuk tidak melakukan suatu pengobatan yang padahal itu bertujuan untuk kesembuhannya? Mohon jelaskan!
13. Jika terdapat beberapa pilihan tindakan, bagaimana Anda menentukan tindakan yang terbaik untuk pasien? Jelaskan!
14. Jika dalam suatu kondisi yang *urgent*, yaitu terdapat pasien gawat darurat yang membutuhkan penanganan segera namun Anda sedang berada di acara keluarga, apa yang akan Anda lakukan?
15. Menurut Anda, Jika dalam suatu kondisi yang *urgent*, yaitu terdapat pasien gawat darurat yang membutuhkan penanganan segera dan terdapat pasien lain, misalnya kepala desa, siapakah yang akan diperiksa terlebih dahulu?
16. Apakah di setiap pemeriksaan, terdapat pasien yang memberikan saran dan kritik terkait layananannya? Ceritakan!
17. Menurut Anda, adakah saran-saran yang dapat meningkatkan kualitas pelayanan dokter puskesmas kepada pasiennya?

Lampiran II. Pengumpulan Responden

PERSEPSI DOKTER PUSKESMAS TERHADAP IMPLEMENTASI KAJIDAH ETIK DI LAYANAN PRIMER WILAYAH BANTUL

Yth. Dokter yang bertugas di Layanan Primer Wilayah Bantul Yogyakarta

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh,
Perkenalkan saya Anisa Tri Astuti, mahasiswa S1 Program Studi Kedokteran Universitas Islam Indonesia angkatan 2018.

Saat ini saya sedang membuat karya tulis ilmiah guna memenuhi syarat kelulusan S1 Fakultas Kedokteran Universitas Islam Indonesia (FK UII) di bawah bimbingan dr. Umatul Khoiriyah, M.Med.Ed. Ph.D. Adapun penelitian saya yang berjudul "Persepsi Dokter Puskesmas Terhadap Implementasi Kaidah Etik di Layanan Primer Wilayah Bantul" sudah mendapatkan surat lolos kaji etik dengan nomor 5/Ka.Kom.ET/70/KE/II/2021.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui apakah pelayanan yang diberikan oleh dokter di layanan primer sudah mengikuti prinsip kaidah etik dengan begitu hasil dari penelitian ini dapat digunakan untuk meningkatkan mutu pelayanan dokter masing-masing puskesmas di wilayah Bantul, Yogyakarta. Untuk membantu kelancaran penelitian, saya membutuhkan informan yang merupakan dokter yang terdaftar melakukan pelayanan di layanan primer wilayah Bantul. Dalam penelitian ini saya akan menyebarkan google form terkait persetujuan yang kemudian akan dilakukan pengambilan data dengan metode wawancara mendalam secara online dengan salah satu media berikut, yaitu zoom, whats-App, atau google meet dengan durasi lebih kurang 40-70 menit. Masing-masing informan akan mendapatkan subsidi pulsa dan souvenir. Maka dari itu, dengan segala hormat saya memohon kesediaannya untuk mengisi google form di bawah ini. Data responden tidak akan saya sebarluaskan dan saya jaga kerahasiaannya.

Bukti Ijin Penelitian dari DINKES Bantul.



Biodata diri

Biodata ini digunakan untuk kepentingan follow up, peneliti akan menjaga kerahasiaannya dan tidak akan disebarluaskan.

Nama

Short answer text

Nomer HP (Whats-App diutamakan)

Short answer text

Usia

26-40 Tahun

Kriteria Penelitian



Description (optional)

Nama puskesmas tempat bekerja

Short answer text

Lama masa kerja di layanan primer tersebut

6-12 bulan

12-24 bulan

>24 bulan

Apakah sedang mengajukan cuti kerja?

Ya

Tidak

Jika sedang mengajukan cuti kerja, sebutkan berapa lama dan alasan. (jika tidak, beri tanda (-) saja)

Long answer text

Saat ini, aktif melakukan pelayanan langsung kepada pasien

Ya

Tidak

Lampiran III. Penentuan Tema, Sub-tema, Kategori dan Sub-kategori

Alur Pelayanan Pasien saat Pandemic Covid'19	7. Factor yang berperan pada kualitas layanan primer
Dampak pandemic terhadap layanan kesehatan faskes primer	
Prevalensi Covid'19 di suatu puskesmas	
Dokter yang bekerja di puskesmas	
Program kerja pemerintah dalam bidang Kesehatan di wilayah Bantul	
System layanan KIE	
Mekanisme dan Alur sistem BPJS Kesehatan	
Dampak ketidaksesuaian rujukkan terhadap puskesmas dan performa dokter	
Regulasi aturan rujukkan terbaru untuk solusi dilemma kasus rujukan tidak sesuai	
Layanan di fasilitas kesehatan primer	
Media kritik dan saran	
Redahnya jumlah komplain/kritikan di puskesmas	
Solusi penghambat tindakan pada pasien	
Berbagai karakter pasien yang berobat di layanan primer	
	1. Peran dokter dalam implementasi etik
Peran dokter faskes primer	
Karakter dokter teladan	

Pemeriksaan fisik pasien secara komprehensif	
Cara melakukan komunikasi dengan pasien yang benar	
Cara melakukan edukasi dengan benar	
Cara melakukan komunikasi dengan sejawat yang benar	
	2. Bentuk implementasi kaidah etik kedokteran
Bentuk implementasi kaidah etik terkait Beneficence	
Bentuk implementasi kaidah etik terkait Autonomy	
Bentuk Implementasi kaidah etik terkait Justice	
Faktor yang berperan dalam implementasi etik justice	
Bentuk implementasi kaidah etik terkait Non-maleficence (Do no harm)	
Implementasi kaidah etik terhadap nakes atau teman sejawat	
Bentuk implementasi kaidah etik terhadap nakes atau teman sejawat	
	3. Hubungan Profesionalitas dan Implementasi Etik Kedokteran
Kaidah etik terkait sikap profesionalisme	
Karakteristik dokter mempengaruhi implementasi etik	
Peran aspek attitude dalam menentukan kualitas layanan	

Perbedaan metode pelayanan antar dokter	
Perbedaan pengalaman menentukan bentuk implementasi etik	
	4. Dilema etik yang di hadapi dokter
Bentuk kesalahan sikap profesionalisme	
kasus pelanggaran prinsip non-maleficience	
Faktor penyebab adanya pelanggaran prinsip non-maleficience	
Kasus dilemma penerapan beneficience	
Kasus dilemma etik saat sedang layanan kesehatan	
Faktor adanya dilemma etik saat sedang layanan kesehatan	
Dilemma dokter terhadap sikap dokter senior	
Dilemma penolakan tindakan oleh pasien dan keluarga	
Angka kejadian penolakan keterbatasan biaya	
Contoh penolakan tindakan oleh pasien dan keluarga	
Faktor yang mendasari munculnya kritik dan saran	
Faktor bias terkait kritik dan saran yang diberikan	
Faktor terhambatnya peningkatan mutu pelayanan puskesmas	
Keterbatasan obat di puskesmas	

Dampak rendahnya mutu pelayanan	
	5. Wujud profesionalisme dokter terhadap kasus etik
Sikap dokter terhadap penolakan tindakan	
Sikap dokter junior terhadap adanya diskriminasi sikap dokter senior	
Sikap dalam menanggapi perbedaan metode terapi antar dokter	
Solusi menyelesaikan permasalahan internal dipuskesmas	
Solusi kasus penolakan akibat keterbatasan biaya	
Solusi dan tanggapan puskesmas terhadap kritik dan saran	
	6. Upaya perbaikan implementasi etik
Harapan perbaikan kualitas implementasi etik	
Harapan dokter puskesmas terhadap pemerintah dan organisasi non-pemerintah (asosiasi profesi : IDI, PDSI)	
Harapan untuk calon dokter	
Masukan dan saran terhadap kualitas layanan puskesmas	
Upaya meningkatkan mutu pelayanan faskes primer	

Koding	Sub Kategori	Kategori
<ul style="list-style-type: none"> - Screening dengan pembagian poli pasien : poli umum, poli batuk dan poli KIA. - Adaptasi baru penggunaan APD lengkap : gown, masker KN95, sarung tangan - Alur pelayanan sesuai SOP - Pasien datang dilakukan ax, px fisik sesuai indikasi, dx, tx, resep, edukasi, prognosis, jadwal control ulang, - Konfirmasi identitas 	Alur Pelayanan Pasien saat Pandemi Covid'19	Kejadian pandemic COVID'9 terhadap Fasilitas Kesehatan Primer Wilayah Bantul.
<ul style="list-style-type: none"> - Keterbatasan pemeriksaan fisik , yakni px fisik seperlunya - Keterbatasan waktu - Penurunan performa tenaga Kesehatan - Penutupan penerimaan pasien RANAP - Pelayanan RANAP hanya untuk persalinan saja - Keterbatasan personil dokter ; saat covid'19 sebanyak 30. - Pertengkaran batin seorang dokter karena aturan px pd pasien terbatas - Pelayanan lebih menekankan pada anamnesis - Tenaga medis cenderung bertabrakan saat melayani 	Dampak pandemic terhadap layanan kesehatan faskes primer	
-		
- Wilayah Banguntapan 3 : kasus covid'19 tinggi, tracing pasien covid'19 tinggi	Prevalensi Covid'19 di suatu puskesmas	
<ul style="list-style-type: none"> - JAMKESDA merupakan salah satu faktor penting dalam pemberian layanan Kesehatan - JAMKESDA meningkatkan kesadaran pasien terkait penyakit yang di derita - Program kerja KIS (Kartu Indonesia Sehat) - BPJS dan JAMKESDA merupakan program kesehatan yang mendukung tindakan medis di beberapa pasien, khususnya ekonomi menengah ke bawah 	Program kerja pemerintah dalam bidang Kesehatan di wilayah Bantul	Pelaksanaan sistem kesehatan faskes primer wilayah Bantul
- Pasien keluhan atau pasien control perlu px tertentu -> akan dikembalikan ke faskes sebelumnya	System layanan KIE	
<ul style="list-style-type: none"> - Kuota rujukan dibatasi, yaitu 15% - Terdapat 144 penyakit yang dapat dilakukan system rujukan 	Mekanisme dan Alur sistem BPJS Kesehatan	

<ul style="list-style-type: none"> - Pilihan rumah sakit sudah ditentukan. - Rujukkan penyakit yang diterima: sebanyak 144 diagnosa. - Rujukkan tidak diberikan pada pasien masih mampu ditangani dokter umum sesuai kompetensi yang dimiliki. 		
<ul style="list-style-type: none"> - Semakin banyak rujukkan -> menurunkan nilai atau performa suatu puskesmas - Pengurangan dana kapitasi puskesmas - Dokter lebih hati – hati dan sesuai prosedur 	Dampak ketidaksesuaian rujukkan terhadap puskesmas dan performa dokter	
<ul style="list-style-type: none"> - Terdapat sanksi kepada puskesmas terkait apabila melebihi kuota rujukkan - Pemberlakuan hukuman kepada RS yang tidak sesuai - Rujukkan berlaku 3 bulan 	Regulasi aturan rujukkan terbaru untuk solusi dilemma kasus rujukan tidak sesuai	
<ul style="list-style-type: none"> - 'RANAP - BP Umum - Posyandu - Puskesmas merupakan pelayanan Kesehatan berkelanjutan (follow up) - Tindakan ringan ; ekstraksi kuku - Medikasi pasien gula post OP 	Layanan di fasilitas kesehatan primer	
<ul style="list-style-type: none"> - Call centre - Contact WA puskesmas - kotak saran - kuisioner (Survey Mawas Diri) - Kritikan dalam melalui online maupu offline - Google form - Petugas turun lapangan - Pemangku kebijakan setempat (KADER, KADEP, pamong setempat) - Email 	Media kritik dan saran	
<ul style="list-style-type: none"> - Puskesmas sewon : belum adanya kritikan terkait layanan. - Puskesmas sedayu I : tidak adanya kritikan terhadap pemberi layanan - Puskesmas Kasihan I : jarang ditemukan 	Redahnya jumlah komplain/ kritikan di puskesmas	
<ul style="list-style-type: none"> - Peningkatan jumlah angka pemberian JAMKESDA di wilayah Bantul 	Solusi penghambat tindakan pada pasien	
<ul style="list-style-type: none"> - Pasien dengan BPJS, JAMKESDA, pasien mandiri dan pasien pribadi. - Pasien kesulitan membayar, tidak mampu, 	Berbagai karakter pasien	

<ul style="list-style-type: none"> - Pasien dengan kategori kelas menengah ke bawah - Sebagian besar pasien memiliki jaminan, baik itu pribadi maupun mandiri. - Pasien banyak merupakan kalangan pendatang ; pemulung, pesantren. - Masyarakat berfikir kritis ; Missal pasien pegal2 -> langsung minta cek koles, as. Urat - Pasien memiliki sifat keras kepala dan sulit diberi tahu - Pasien mendikte ; “saya minta obat-obat ini ya dok” - Wilayah puskesmas yang sifatnya perbatasan antara pendatang dan asli -> pasien cenderung ngotot dan tidak mau diberi tahu - Pasien DM cenderung memilih terapi herbal/alternatif (puskes sewon) 	yang berobat di layanan primer	
<ul style="list-style-type: none"> - Pendekatan persuasive ketika ada miskomunikasi ; cari jalan keluar Bersama, tidak menghakimi - Dampak pendekatan persuasive : pasien tidak takut - Memberikan pelayanan sesuai dengan SOP - Sikap kepada pasien : komunikasi baik, hormati, informatif. - Dokter sebagai penyedia layanan Kesehatan, andil pengobatan, psikolog, manager. - Pelayanan secara holistic disertai pengobatan keluarga - Utamakan aspek sosial - Jangan bosan KIE ; KIE penting banget. - Menggunakan sikap toto kromo dan tenggang rasa. - Dokter puskesmas merupakan dokter keluarga (utamakan rasa) - Dokter puskesmas mencakup pengobatan promotive, preventif dan kuratif (pengobatan secara holistic) - Dokter melakukan penyuluhan dan home visit 	Peran dokter faskes primer	Tenaga kesehatan dalam memberikan layanan kesehatan
<ul style="list-style-type: none"> - Dokter PNS - Dokter intership - Dokter coass - Dokter senior 	Dokter yang bekerja di puskesmas	

<ul style="list-style-type: none"> - Puskesmas sedayu : jumlah dokter 53 (PNS dan non-PNS) 		
<ul style="list-style-type: none"> - Px fisik dilakukan head to toe, tidak memandang fisik/jiwa -> faktor pasien psikosomatis. - Keluhan pasien perut kanan bawah sakit - > px fisik abdomen, tanda kelainan +/-, kemungkinan APP -> lakukan psoas sign, observasi, palpasi, px lain - Cth kasus : nyeri abdomen ; IC, px fisik lege artis sesuai regio keluhan pasien. - Kasus dyspepsia : mual, muntah, nyeri perut -> px difokuskan di regio perut. 	Pemeriksaan fisik pasien secara komprehensif	
<ul style="list-style-type: none"> - Dokter yang memiliki sikap yakin kebenaran, niat baik utk membantu, tidak semata-mata memiliki tujuan tertentu. 	Karakter dokter teladan	
<ul style="list-style-type: none"> - Teknik komunikasi ; pasien membuka diri untuk bercerita, lihat perspektif keseluruhan (kita dan pasien) , ramah - kedudukan pasien setara dengan petugas - pasien tidak kooperatif akan dibantu direktur utk penjelasan - Refleksi diri seorang dokter; bertujuan untuk mengkondisikan diri, mengontrol diri - Penyampaian pada usia muda : lebih merinci - Alasan perbedaan penyampaian , yaitu pada usia muda cenderung lebih mudah mengerti. - Dokter tidak kesulitan saat menjelaskan. - Keadaan lelah seorang dokter akan berbanding lurus dengan emosi tidak terkontrol - Penggunaan pemilihan kata dalam penyampaian dx didukung pengalaman pribadi 	Cara melakukan komunikasi dengan pasien yang benar	
<ul style="list-style-type: none"> - Edukasi -> menjelaskan bahwa proses penyembuhan suatu penyakit tidaklah instan. - Edukasi merupakan point penting untuk memberikan pengertian kepada pasien - Teknik edukasi : sesuaikan level pasien , baik dari aspek usia, Pendidikan, dan pemahaman - Penjelasan sesuai dan tepat dimengerti - penyampaian <i>do's and dont's</i> terkait penyakit pasien. - Edukasi lengkap : dimuali dari menjelaskan patofisiologi secara singkat, gejala, faktor pemicu, Langkah preventif 	Cara melakukan edukasi dengan benar	

<ul style="list-style-type: none"> - Tindakan terbaik melihat aspek pasien : keluhan, kondisi, kepemilikan jaminan, sifat rujukkan, point kebutuhan, kemampuan keuangan. - Dokter cenderung melakukan diskusi dengan pasien - Tindakan terbaik : andil peran keluarga dalam mengelola pasien. - Tindakan terbaik : aspek urgensi dengan memberikan hasil terbaik, aspek manfaat, efek samping, dan risiko bila tidak dilakukan - Tergantung kasus penyakit ; pertimbangan untuk dilakukan px penunjang atau tidak untuk mendapatkan dx pasti. - Tindakan terbaik : ketersediaan obat di puskesmas 	<p>Faktor menentukan tindakan terbaik untuk mengoptimalkan kesembuhan pasien</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Tindakan hecing -> jika tidak risiko penyembuhan akan menjadi lama, risiko infeksi - Cth Px penunjang -> pelaksanaan px RO -> dx dapat ditegakkan, menentukan terapi efektif dan adekuat 	<p>Bentuk- bentuk pemberian tindakan terbaik</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Penyampaian dx dengan melihat : segi Pendidikan (well educated, low educated), Segi usia, Karakteristik pasien (tipe neglected, tipe cemas) - Melihat aspek holistic pasien 	<p>Aspek penyampaian diagnosis kepada pasien</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Penyampaian dilakukan dengan jujur, apa adanya, tidak menyakiti, sesuai hasil px, tidak menutup-nutupi, tidak menakut-nakuti, penggunaan kata dikemas lebih baik , tidak bertele - tele - Penyampaian dilakukan dengan hati-hati, mudah dimengerti, - Bina sambung rasa dengan pasien dan membesarkan hati pasien - Sampaikan bahwa dokter andil peran untuk sama-sama berjuang kesembuhan - Penyampaian kata-kata motivasi, seperti terapi merupakan bentuk ikhtiar & penggugur dosa - Hindari penyampaian kata yang cenderung memvonis. - Penyampaian tidak terpaku pada penjelasan diagnosisnya melainkan lebih mengedukasi penanganan lebih lanjut 	<p>Metode penyampaian diagnosis kasus sensitif kepada pasien</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Penyakit HIV Alasan : pasien HIV cenderung menyangkal, emosi tidak stabil 	<p>Bentuk kasus – kasus penyakit</p>	

<ul style="list-style-type: none"> - Pasien suspek CA - Penyakit DM Kronis ; tidak bisa sembuh, harus minum obat setiap hari - Pasien HT tidak terkontrol - Pasien B20 tinggi -> faktor risiko lingkungan, salon ++, penyuka sesame jenis 	<p>pasien bersifat sensitif</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Px penunjang terkait keterbatasan biaya - Px laboratorium pada pasien dengan kasus HIV - Seorang ibu yang takut untuk memeriksa anaknya - Seorang pasien menolak untuk dirujuk dengan beberapa faktor ; faktor biaya, faktor SDM (kurang yang nunggu/anter) - Menolak untuk dirujuk (px RO), kasus bukan emergency ; faktor keluarga , pasien ingin merembukkannya dengan keluarga. - Pasien menolak untuk di RANAP 	<p>Dilemma penolakan tindakan oleh pasien dan keluarga</p>	<p>Masalah pelaksanaan program Kesehatan di faskes primer wilayah Bantul</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Sudah jarang, mungkin setahun 1-2x 	<p>Angka kejadian penolakan keterbatasan biaya</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Kasus pasien observasi febris dengan trombotopeni -> padahal membutuhkan px lab setiap hari. - Pasien hemoroid , pasien malu karena letak lokasi px di area pantat - Pasien scabies di area selangkangan. - Kasus heciting/jahit pada anak ; orang tua tidak kooperatif, tidak tega 	<p>Contoh penolakan tindakan oleh pasien dan keluarga</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Dokter memiliki seni terapi masing-masing - Perbedaan sikap profesionalisme antara dokter senior – dokter junior - Setiap dokter memiliki prinsip layanan berbeda kepada setiap pasien - Dr muda cekatan dalam pembarahuan informasi medis 	<p>Perbedaan metode pelayanan antar dokter</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Keterbatasan fasilitas - Komunikasi petugas : kurang jelas, kurang ramah. - Rujukkan gawat darurat - Akses ambulance sulit digunakan untuk pasien diluar aturan (aturannya untuk ibu hamil, kondisi gadar) - Menunggu lama - Kritik terkait layanan dokter : pro-kontra tergantung pasien 	<p>Masukan dan saran terhadap kualitas layanan puskesmas</p>	

<ul style="list-style-type: none"> - Ketidaktahuan ketentuan BPJS terkait rujukkan double - Tingkat kerahaman beberapa pegawai masih rendah - Waktu pelayanan singkat - Keramahan waktu - Tingginya kasus miskomunikasi - Pelayanan administrasi, bidan/perawat kurang mumpuni : jutek, tidak memberikan informasi dengan baik 		
<ul style="list-style-type: none"> - Masyarakat cenderung kritis - Petugas Kesehatan tidak seimbang dengan jumlah pasien - Pembawaan bicara terkesan kasar -> asal suku Makassar, Sumatra, Aceh 	<p>Faktor yang mendasari munculnya kritik dan saran</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Kritik layanan tidak spesifik ditujukan untuk siapa - Kritik diberikan untuk keseluruhan petugas pemberi layanan 	<p>Faktor bias terkait kritik dan saran yang diberikan</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Keterbatasan obat pada fasilitas Kesehatan primer - Keterbatasan sarana : dalam satu ruang layanan hanya diberi sekat untuk 2 dokter - Informasi kurang meluas -> system alur BPJS, pentingnya imunisasi - Pasien kurang memahami alur dan system BPJS - Keterbatasan fasilitas ; berdampak pada ketidaktepatan terapi ; hanya terdapat px lab. - Benturan dengan system pemerintah - Keterbatasan ketersediaan Tenaga kerja 	<p>Faktor terhambatnya peningkatan mutu pelayanan puskesmas</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Tidak tersedianya obat meloxicam 	<p>Keterbatasan obat di puskesmas</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Kerahasiaan pasien kurang dapat terjaga. - Komunikasi interpersonal menjadi tidak leluasa - Pasien cenderung menutup diri untuk bercerita - Pelayanan cenderung lama akibat peran dokter yang ganda (layani pasien & edukasi jamkes) - Pelayanan dilakukan tidak sesuai guideline - Keterbatasan sarana dan prasarana : setting poli ruangan kecil -> perawat dan 2 dokter ; pasien merasa di tonton. 	<p>Dampak rendahnya mutu pelayanan</p>	

<ul style="list-style-type: none"> - Penurunan kinerja dokter (peningkatan jam kerja tidak berbanding dengan jumlah pekerja) - Faktor kelelahan : susah untuk ramah, ax tidak lengkap 		
<ul style="list-style-type: none"> - Pemberian edukasi mendalam - Pengisian surat perjanjian penolakan tindakan & TTD - Pengisian RM : pasien menolak. - Pemberian pemahaman terkait tujuan pemeriksaan dan edukasi kepentingan px - Pengisian lembar persetujuan penolakan tindakan - Tidak memaksa - Adanya kebijakan internal yang dilakukan oleh pamong desa, Kades. - Pasien dikembalikan ke faskes awal - Menjelaskan penting dan alasan pasien harus RANAP, risiko yang akan terjadi ketika tidak RANAP 	Sikap dokter terhadap penolakan tindakan	Penyelesaian masalah Kesehatan di faskes primer wilayah Bantul
<ul style="list-style-type: none"> - Informed Consent kepada pasien - Solusi internal/ gratiskan oleh puskesmas - Puskesmas memiliki dana Kesehatan untuk kalangan kurang mampu. - Mengarahkan pembuatan jaminan Kesehatan : BPJS, JAMKESDA (Bantul) - Penanggungungan beberapa biaya pasien akan ditanggung oleh dokter - Rekomendasi asuransi pada pasien guna pengobatan panjang - IC dan refuse consent merupakan bukti resmi pasien menolak tindakan 	Solusi kasus penolakan akibat keterbatasan biaya	
<ul style="list-style-type: none"> - Salah satu unit petugas akan mencari jalan keluar. - Kritikan dan saran akan ditindaklanjuti dengan mengambil langkah tertentu. - Tindak lanjut tim RS -> tim khusus (identifikasi kritikan, ditunjukkan ke siapa , carikan solusi) - Tindak lanjut oleh RS : kepala puskesmas akan melakukan rembukkan. - Pengertian dengan memberikan edukasi secara rinci - Evaluasi tiap bulan - Survey Mawas Diri setiap tahun (SMD) 	Solusi dan tanggapan puskesmas terhadap kritik dan saran	
<ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan komunikasi, pengelolaan penyakit, update pengetahuan. 	Upaya meningkatkan	

<ul style="list-style-type: none"> - Komunikasi tepat, pasien tidak akan tersudutkan. - Dokter sebagai long life learner -> dituntut lebih aktif. - Interaksi antar dokter- pasien : saling memberi masukan, bebas mengemukakan pendapat - Jadikan SOP sebagai pedoman - Monitoring terkait kerja - Meningkatkan skill komunikasi - Baik pasien maupun dokter sama-sama mengetahui kewajiban masing-masing 	<p>mutu pelayanan faskes primer</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Puskesmas Kraton Kota Jogjakarta pelayanan kurang; aspek attitude belum diperhatikan. 	<p>Peran aspek attitude dalam menentukan kualitas layanan</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Kasus pasien urgensi akan dilarikan ke IGD - Kasus rujukkan untuk pasien kronis - Pelaksanaan px penunjang sesuai indikasi - Indikasi px lab -> dipengaruhi tingkat urgensi dan kebutuhan pasien. - Kuantitas (banyak-sedikit) pemeriksaan tidak menjadi penghalang, semua tetap dilakukan guna kesembuhan pasien. - Pelayanan dokter dilakukan secara runtut dan mendalam - Dalam menangani pasien, dokter melakukan sikap bijaksana ketika akan melakukan evaluasi kondisi pasien - Jam layanan bukan menjadi penghalang seorang dokter memberikan layanan kepada pasien yang membutuhkan. - Pasien indikasi RANAP ; jelaskan kepentingan. - Penyampaian alternatif tindakan dibarengkan dengan memberi masukan - Indikasi px lab : kasus DM, kasus kolesterol -> lakukan px lab sebelum terapi - px lab tidak akan dilakukan ketika tidak perlu. - Pasien dgn kasus nyeri lutut => Tx: anti radang, vitamin, calcium, edukasi RICE, olahraga aerobic low impact (berenang, sepedahan, jalan ringan). - Kasus , skala nyeri pasien tinggi , keluhan sering tiap 3 bulan atau 5-6 minggu sekali - 	<p>Bentuk implementasi kaidah etik terkait Beneficience</p>	<p>Implementasi Kaidah Etik Kedokteran</p>

<p>> diberikan anti nyeri terkuat (pelumas diazepam)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Px cek kolesterol dan as urat didahului dengan puasa agar hasil px lebih valid - Px swab gratis di puskesmas 		
<ul style="list-style-type: none"> - Keputusan akhir ditangan pasien untuk memilih terapi. - Mengikuti pilihan yang sudah dibuat oleh pasien di dahului dengan edukasi. - Bebaskan pasien memilih dan tidak ada paksaan. - Bukti implementasi : dr ikut andil kesembuhan pasien secara terinci ; penjelasan prognosis, risiko, tx, dll. - Peran dokter: pengobatan secara holistic - Pasien jabatan diberikan pengertian. - Dokter tidak memaksa kehendak di satu pihak saja - Pasien menentukan pilihan akhir dari opsi – opsi tindakan terbaik - Pasien memiliki otoritas utama dalam mengambil keputusan - Kasus lipoma -> tidak urgent OP : dr. akan menjelaskan dari definisi – opsi tindakan -> selanjutnya pasien memilih - Kasus emergency: berikan advice, IC, izin tindakan secara lisan. 	<p>Bentuk implementasi kaidah etik terkait Autonomy</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Bukti implementasi : jabatan tidak mempengaruhi urutan antrian. - Dalam melayani dan menangani pasien tidak melihat kepemilikan jaminan - Pemberian layanan sehari-hari kepada pasien diberlakukan dengan sama - Berbagai kalangan dengan status sosial tertentu tidak memberikan perlakuan khusus (cth : tukang becak, pembantu, anggota dewan) - Jabatan memainkan peran dalam urutan prioritas pasien (1-2x pernah) - Pasien pejabat -> anak demam ringan, minta ditangani dulu dibandingkan kasus pasien dengan nyeri dada - Kasus IGD; 2 pasien, pasien jabatan bersama anak sakit flu dan pasien cardiac. dr melakukan IC akan tangani kasus gadar (cardiac) dahulu. 	<p>Bentuk Implementasi kaidah etik terkait Justice</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Faktor kesadaran pasien : faktor antrian, faktor pribadi (kebesaran waham, kepemilikan jabatan / privilege) 	<p>Faktor yang berperan dalam implementasi etik justice</p>	

<ul style="list-style-type: none"> - Bukti implementasi , yaitu terkait kasus rujukkan pasien karena alat yang kurang mumpuni. - Kasus : rujukkan untuk pasien kronis - Kasus : merangkul pasien agar control -> cegah keparahan penyakit, cegah prognosis kurang baik - Rujukkan merupakan bentuk dokter menerapkan etik non-maleficience - Perlakuan khusus terkait pelayanan hanya diberikan pada pasien darurat - Pelayanan dilakukan sesuai kompetensi dokter - Dokter tidak membiarkan pasien mengeluarkan dana lebih untuk sesuatu px tanpa indikasi. - Dokter mengutamakan pasien yang membutuhkan bantuan. - Beberapa keadaan; sholat, makan akan dibatalkan untuk kasus gadar. - Pasien kegawatdaruratan ; Langkah selanjutnya adalah konfirmasi sejawat lain, jika mumpuni segera ke lokasi. - Cth kasus : tindakan minor, penjelasan terkait keterbatasan sarana dan prasarana - Cth kasus : tindakan GV -> GV sudah buka tapi merasa diri tidak mampu sehingga pasien akan kesakitan -> kemnalikan ke dokter spesialis. - Cth kasus : pasien DM dengan ulkus : tentukkan stadium dan ulkus, memastikan alat terbatas atau tidak, pertimbangan rujukkan. - Ketika tidak mengetahui informasi tentang pengobatan herbal -> lebih baik tidak menjawab untuk menghindari kesalahan 	<p>Bentuk implementasi kaidah etik terkait Non-maleficience (Do no harm)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Bentuk implementasi : kerja sama antar nakes ; laborat -> penulisan rapih dan benar - Bukti implementasi : kerja sama antar nakes farmasi -> hormati SOP masing-masing. - Bentuk kerja sama : saling menghormati keputusan medis, pahami batasan & kewenangan, tidak adanya kompetisi, - Menghormati teman sejawat seperti diri sendiri. - Dalam mengevaluasi layanan yang diberikan dokter lain, sebaiknya tidak ditunjukkan didepan pasien. - Teman sejawat merupakan saudara. 	<p>Implementasi kaidah etik terhadap nakes atau teman sejawat</p>	

<ul style="list-style-type: none"> - Terlihat saat bagaimana menyikapi, memberikan layanan - Interaksi terjalin baik ditunjukkan dari sikap saling menghormati dan sikap dalam batas wajar - Teman sejawat = team work, tidak ada yang memprioritaskan diri sendiri. - Mengimplementasikan etik dalam menyampaikan perbedaan prinsip - Memiliki sambung rasa yang kuat - Teman sejawat merupakan saudara, sahabat, kakak dan keluarga, 		
<ul style="list-style-type: none"> - Pasien dokter shopping, hasil terapi yang kurang terlihat / tidak ada perubahan -> dr tidak membeberkan di depan pasien, tidak menyalahkan - Penyebaran informasi penyakit tabu pasien (kasus HIV, pasien baru) - Perbedaan prinsip terapi - Perbedaan pendapat -> rapatkan Bersama - Penggantian jadwal kerja karena alasan internal - Diskusi Bersama jika ada kasus yang terlihat susah 	Bentuk implementasi kaidah etik terhadap nakes atau teman sejawat	
<ul style="list-style-type: none"> - Tenaga Kesehatan atau Tenaga Medis - Karakter individu 	Karakteristik dokter mempengaruhi implementasi etik	
<ul style="list-style-type: none"> - Jam terbang / pengalaman dalam memberikan layanan Kesehatan ; dr Rini (>20thn)Pengalaman meningkatkan kemampuan dan keberanian seorang dokter. - Dokter coass belum sepenuhnya berani dalam mengambil tindakan tertentu, khususnya kasus berkonflik. 	Perbedaan pengalaman menentukan bentuk implementasi etik	
<ul style="list-style-type: none"> - kominikasi tidak memandang bawahan atau kedudukan , profesi dokter lebih diatas. - Bagaimana harusnya meminta surat izin 	Cara melakukan komunikasi dengan sejawat yang benar	
<ul style="list-style-type: none"> - Pemberian loperamide pada bayi - Dilakukan oleh farmasi -> pemberian tx tidak tepat sesuai anjuran dokter 	kasus pelanggaran prinsip non-maleficience	Permasalahan Kaidah Etik Kedokteran

<ul style="list-style-type: none"> - Cth kasus : dr meresepkan obat tetes mata, yang diberikan tetes telinga ; diresepkan salbutamol 2 mg , yang diberikan 4mg. 		
<ul style="list-style-type: none"> - Factor : human error 	<p>Faktor penyebab adanya pelanggaran prinsip non-maleficience</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Keterbatasan ketersediaan obat pada faskes primer cenderung memberikan terapi seadanya. - Terbenturnya pengobatan di faskes primer - Pelanggaran ringan terkait point menjaga kerahasiaan 	<p>Kasus dilemma penerapan beneficience</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Kasus rujukkan yang sebetulnya tidak perlu - Mendapatkan ancaman akibat menolak rujukkan yang tidak memiliki indikasi - Pengalaman konflik dengan BPJS ; BPJS menyetujui rujukkan tanpa adanya indikasi - Pengalaman konflik dengan pasien ; berupa ancaman. - Ancaman didapatkan karena kasus fiktif guna kepentingan suatu instansi. - Kejadian permintaan surat sehat tanpa pemeriksaan masih terjadi. - Kejadian surat sakit yang ternyata merupakan surat perantara untuk menghindari dari konflik pribadi. - Kendala saat pemberian layanan : pasien terdaftar BPJS di tempat lain - Kejadian permintaan surat sakit tanpa adanya pemeriksaan - Kasus pasien swab ingin didahulukan (berteriak-teriak, marah, emosi) -> dokter tidak bisa berpura-pura, ekspresi dinamis. - Saat pandemic awal covid'19 : pasien membludak dan semua ingin di layani. - Perbedaan evaluasi atau perbedaan pendapat : diskusi masalah Bersama & dilanjutkan ke manajemen. - Pasien TB denial ketika sudah terlihat ada gejala dan hasil px + , tidak terima, bersikukuh tidak melanjutkan pengobatan - Apoteker merasa bahwa dokter terlalu royal kepada pasien ; terkait dengan pemberian tx kombinasi 	<p>Kasus dilemma etik saat sedang layanan kesehatan</p>	

<ul style="list-style-type: none"> - Pandemic covid'19 tidak boleh memberikan surat keterangan sehat untuk perjalanan. - Kasus Fraud : upcoding rujukkan OMSK tidak sembuh2, vertigo -> CT scan -> tumor. - Kepemilikan kartu jaminan Kesehatan 		
<ul style="list-style-type: none"> - Saat covid'19 : faktor pendukungnya adalah keselamatan diri. - Dokter merasa pasien tidak cukup hanya dengan pemberian monoterapi. - Dokter bertujuan agar pasien tidak bolak balik, pasien tidak keluar biaya terus menerus <p>Solusi kepala puskesmas bertentangan dengan sturan pembuatan surat bepergian (covid'19)</p>	<p>Faktor adanya dilemma etik saat sedang layanan kesehatan</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Dokter senior cenderung menyamaratakan pasien. - Dokter senior kurang memperhatikan aspek etik terhadap teman sejawat. <p>Faktor : kurang update informasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beberapa dr senior memiliki sikap kurang etis terhadap sejawat - dr senior cenderung teguh pendirian akan pendapatnya - Kasus ; pasien HT, pengobatan lama, kondisi stabil tapering dose; dr. senior melakukan lepas obat pd pasien 	<p>Dilemma dokter terhadap sikap dokter senior</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - ketika mendapatkan perlakuan kurang baik dari senior, dr junior cenderung acuh sekiranya tidak mengganggu kinerja saat layanan - dr junior tidak menyalahkan, tidak menyudutkan 	<p>Sikap dokter junior terhadap adanya diskriminasi sikap dokter senior</p>	<p>Penyelesaian permasalahan kaidah etik kedokteran</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Sikap yang sebaiknya dilakukan menghormati sejawat lain, kasus tidak diperpanjang atau berkelanjutan. - Penting bagi pasien untuk tidak melakukan doctor shopping 	<p>Sikap dalam menanggapi perbedaan metode terapi antar dokter</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Diskusikan dengan pasien , cari opsi pengobatan , ditanggapi dengan sikap tidak menyudutkan cara pelayanan dokter lain - Dimulai dari kelompok kecil -> penanggung jawab -> kepala puskesmas - Saling mengingatkan 	<p>Solusi menyelesaikan permasalahan internal dipuskesmas</p>	

<ul style="list-style-type: none"> - Meningkatkan pemahaman etik profesi masing – masing - Dokter saling menyayangi, menghormati , bekerja dengan baik, tidak menyalahkan - Menjaga aspek kerahasiaan pasien - Masyarakat menaruh harapan tinggi pada dokter - Kode etik dipatuhi, sebagai komitmen, sebagai pegangan. - Memberikan layanan Kesehatan lebih baik lagi - Menerapkan KEK dalam layanan - Dipertahankan dan tingkatkan. - Pengurangan kritik dan saran 	<p>Harapan perbaikan kualitas implementasi etik</p>	<p>Harapan implementasi kaidah etik kedokteran</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Adanya aturan dan kebijakan perlindungan tenaga Kesehatan - Refreshing pengetahuan etik - Pengulangan materi etik , seminar 1-2 jam - Pembahasan kasus-kasus etik - Pelatihan excellent service berkala terkait etik - Adanya perbaikan sarana dan pra sarana - Sosialisasi masalah SOP - Penyampaian materi mengenai etika - Monitoring pelaksanaan layanan, SOP, implementasi etik dokter di tiap faskes - Pasien diminta untuk lebih aktif - Update knowledge / mengikuti perkembangan ilmu - Mengatur dan menyeimbangkan emosi pribadi saat memberikan layanan - Melatih komunikasi efektif -> jumlah pasien banyak - Peningkatan personil dokter yang bekerja 	<p>Harapan dokter puskesmas terhadap pemerintah dan organisasi non-pemerintah (asosiasi profesi : IDI, PDSI)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Memiliki sikap professional, bijaksana, teguh pendirian, tidak goyah dalam menjalani kehidupan. 	<p>Harapan untuk calon dokter</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Tenaga Kesehatan atau Tenaga Medis - Karakter individu 	<p>Karakteristik dokter mempengaruhi implementasi etik</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Bentuk sikap dokter : bertanggung jawab - Tindakan akan selalu didahului IC - Tindakan dilakukan persetujuan pasien 	<p>Kaidah etik terkait sikap profesionalisme</p>	<p>Ruang lingkup Kaidah Etik Kedokteran</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Sikap keterbukaan merupakan salah satu upaya penting dalam membangun sambung rasa - Menjunjung tinggi keberanian dan kejujuran meskipun banyak ancaman - Pencatatan SOAP secara lengkap - Lakukan pelayanan sesuai - Dokter akan segera melimpahkan wewenang kepada yang lebih kompeten - Mengucapkan kata minta tolong, maaf, terimakasih - Menumbuhkan sikap tidak pamrih untuk bertanya, menerima pendapat baik dr junior-dr senior - Ditunjukkan dalam toleransi antar sesama, profesional dalam bekerja. - Tenaga Kesehatan akan saling bahu – membahu (back up saat kerja) 		
<ul style="list-style-type: none"> - Beberapa dokter spesialis belum memahami kriteria rujukan oleh BPJS (di batasi 144 penyakit) - Sebagian dokter tidak terlalu menyukai edukasi - Layanan dokter lain kurang pas, kata kurang dapat di terima - Membahas kasus menarik pasien yang baru saja diperiksa. 	Bentuk kesalahan sikap profesionalisme	

Lampiran VI. Lampiran Transkrip Wawancara

Kode : W1PKSW (Wawancara 1 Puskesmas sewon)

Hari, Tanggal : 23, Mei 2021

Durasi : 42 menit

Lokasi : WhatsApp Call

Nama Responden : RNPCKSW (dr. Rini Puskesmas Sewon)

Kelompok penelitian : Puskesmas Sewon

Initial	Baris	Materi Wawancara	Subkategori
P	1	saya mulai wawancaranya nggih dok.. mungkin bisa dimulai dari diceritakan bagaimana pengalaman dokter saat melakukan pemeriksaan terhadap pasien begitu dokter...	

RNPKSW	3 5 9 12	oh okey, berarti apa yang akan saya lakukan begitu yah ketika ada pasien datang ke puskesmas Sewon II? Jadi.. pasien kan datang ke puskesmas, daftar lalu dilakukan anamnesis. Nanti oleh perawat juga akan dicek vital sign kemudian pasien masuk ke ruang periksa sesuai polinya dimana, lalu dokter akan cek ulang terkait identitas; pasien atas nama A, umur sekian, alamat ini, pokonya disesuaikan dengan rekam medis pasien. Kemudian ditanyakan keluhannya apa, pasien mengatakan segala macam, kemudian dilakukan pemeriksaan fisik dan penunjang (jika memang dibutuhkan untuk menegaskan diagnosis pasien) kemudian kita tentukan diagnosa kerja dan diagnose banding. Lalu, terkait pasien yang memang tidak membutuhkan px laboratorium, ada dua kemungkinan, bisa saya obati atau saya rujuk.	Pasien daftar , cek vital sign, periksa oleh dokter didahului pengecekan identitas tanyakan keluhan RPS RPD & lainnya , px fisik dan penunjang (jika ada indikasi), tentukan dx dan dd, terapi dapat dilakukan sendiri atau dirujuk.
P	35 37	mungkin, boleh diceritakan ketika hendak melakukan px fisik pada pasien dok? Boleh dicontohkan dalam bentuk kasus, begitu dokter...	
RNPKSW	40	nggih, misalnya pasien mengeluh perut kanan bawah sakit, nah dibagian bawah situ kan ada 3 organ ; organ reproduksi, organ pencernaan, dan organ saluran kencing. Jadi, kalo px fisiknya, tentu saja, saya periksa disekitar perutnya, untuk melihat apakah ada tanda2 kelainan, kalo missal	Keluhan pasien perut kanan bawah sakit : indikasi px fisik abdomen, tanda-tanda kelainan +/- . kemungkinan APP, lakukan psoas sign didahului observasi, palpasi dan px lain.

	46	di kanan bawah kemungkinan paling besar kan APP (apendiks), nanti kita akan lakukan psoas sign itu, dengan didahului observasi dahulu, saya amati – kemudian saya palpasi – dilanjutkan px yang lain.	
P	58 60	oh.. begitu dok, kalau missal disetiap pemeriksaan tersebut, apakah mereka pernah memberikan kritik dan sarannya terkait pelayanan yang sudah diberikan dok?	
RNPKSW	64	Hm, sejauh ini.. sepertinya belum ada sih dek...	Puskesmas Sewon belum mendapat kritikan terkait pelayanan yang dilakukan oleh dokter.
P	66	Oh biasanya, untuk pasien2nya memberikan kritik saran lewat apa nggih dok?	
RNPKSW	69 71 74 76	ada banyak layanan tempat kritik saran yang dapat pasien berikan; pertama lewat WA, menulis langsung dikotak saran, dan yang ketiga dia bisa langsung menyampaikan kepada yang bersangkutan atau kepada manajemen puskesmas, lalu bisa juga lewat email, atau bisa juga lewat tokoh masyarakat, atau bisa juga saat kita mengadakan microplanning (dimana kita mengundang kurang lebih 13 orang, lintas sektor, kader, dan sebagainya, untuk selanjutnya mereka menyampaikan keluhan masyarakat, dan selanjutnya kita ambil langkah untuk keluhan-keluhan tersebut).	Media untuk menyalurkan kritik dan saran dapat dilakukan baik secara online maupun offline. Keluhan yang disampaikan oleh masyarakat akan ditindaklanjuti dengan Langkah mengambil Langkah tertentu.
P	90	ohh, baik dokter... lalu apakah disetiap tindakan, dokter pernah menemukan pasien	

		yang menolak untuk diperiksa?	
RNPKSW	95 97 99 103	yang paling banyak menolak sih tindakan px laboratorium ya mbak, biasanya karena anak2 kemudian ibunya yang menolak (mbok ndak usah aja dok), kemudian yang kedua karena yang bersangkutan takut (missal kita mau periksa HIVnya, awalnya kan kita informed consent dulu, kemudian jika memang dia menolak, dia akan menandatangani perjanjian bahwa dia menolak). Tapi sebenarnya kietika pasien menolak itu, kita gak semata-mata ya mengikuti saja, kita sudah memberikan edukasi, pengertian, kepentingan pemeriksaan tuh untuk ini itu dan ketika dia tetep menolak, yasudah, disuruh tanda tangan perjanjian, karena nanti akan dipakai jka memang terjadi apa-apa bukan menjadi kesalahan kami; kami sudah memberikan pengertian namun kembali itu hak pasien untuk melakukan atau tidak.	Penolakan terbanyak terkait dengan px laboratorium , khususnya pasien HIV dan seorang ibu yang takut anaknya diperiksa. Respon dokter pada pasien yang menolak px lab diawali dengan pemberian pemahanan terkait tujuan pemeriksaan dan edukasi kepentingan px. Penolakan tindakan yang dipilih pasien akan diakhiri dengan pengisian surat perjanjian penolakan tindakan. Dokter menjunjung tinggi asas autonomy pasien dengan tidak memaksa kehendak di satu pihak saja.
P	122	baik dokter, kalo missal terkait tindakan yang memang memiliki beberapa opsi pilihan, bagaimana cara dokter menentukan kalau itu yang terbaik untuk pasien?	
RNPKSW	123	Ketika memang disitu banyak pilihan... tentu saya pilih yang paling urgent dulu, yang paling memberikan hasil terbaik dulu, misalnya kaya apa ya, kalo missal gak terlalu perlu ya kita akan belakangkan... kita di puskesmas juga kan sangat	Menentukan tindakan terbaik dilihat dari aspek urgensi dengan hasil terbaik.

	126	terbatas ya mbak, terutama untuk px lab krn memakai cukup banyak biaya, kalo missal tidak terlalu dibutuhkan yaa kita tidak akan lakukan tapi kalau itu harus, ya tetap akan kita lakukan walaupun itu banyak yah....	Indikasi px lab dipengaruhi tingkat urgensi dan kebutuhan pasien. Banyak sedikitnya jumlah px penunjang tetap dilakukan guna kesembuhan pasien.
P	140	terkait dengan biaya tersebut, untuk dokter sendiri apakah pernah mendapatkan pasien yang memang tidak dapat membayar biaya pengobatan, begitu dok?	
RNPKSW	146	ohhh iyaa.... ada.... biasanya kalo memang dia membutuhkan tindakan pengobatan dan butuh sekali untuk diperiksa sedangkan dia bukan pemegang kartu jaminan kesehatan, saya gratiskan, dengan catatan saya yang bayar, jadi saya tulis di pengantarnya "GR -> dokter ini", nanti yang bagian laborat nagih kesaya....	Keterbatasan kepemilikan kartu jaminan kesehatan merupakan faktor penghambat tindakan pada pasien. Penanggunguan biaya beberapa pasien tidak mampu akan dilakukan oleh dr. Rini.
P	158	wow, masya Allah, untuk kasus seperti itu apakah masih sering terjadi dokter di puskesmas sewon ini?	
RNPKSW	162 167	untuk saat ini, sebenarnya seluruh masyarakat yang ber KTP bantul, semuanya dijamin oleh pemerintah daerah, dijamin oleh JAMKESDA, jadi sekiranya kejadian tersebut cukup jarang untuk tahun-tahun ini, jadi insya Allah orang-orang yang tadinya tidak memiliki jaminan kesehatan sekarang semuanya sudah dijamin oleh jamkesda. Gitu...	Pemberian jaminan Kesehatan oleh JAMKESDA meningkat untuk masyarakat di wilayah Bantul.

P	175	ouh begitu, baik dok, kalo untuk terkait penyampaian diagnosis kepada pasien, bagaimana cara dokter menyampaikannya? Mungkin missal terkait diagnosis yang kurang baik, dan sebagainya?	
RNPKSW	182 184 186	<p>ohh... sebenarnya menyampaikan diagnosis kepada pasien yang paling riskan tuh kasus HIV mbak.. kalo kaya missal kasus lain, seperti demam berdarah, terkadang itu tidak terlalu riskan dalam menyampaikannya, ya cuma tetep kita lakukan dengan hati-hati, kita sampaikan bahwa berdasarkan hasil pemeriksaan kami, pasien ini, diperkirakan sakitnya ini ini ini, kalo missal sudah mutlak hasil NS1 nya +, ya katakana bahwa ini adalah demam berdarah, tapi kalo missal belum apsti, kaya masi menggunakan px darah rutin, diagnosis nya pasien mengarahkan kesini... dan sambil kita sebutkan diagnosis banding apa saja yang memungkinkan.</p> <p>Kalau untuk pasien HIV, kita harus sangat hati-hati sekali menyampaikannya, karena pasti mereka itu akan banyak yang menyangkal lalu emosinya jadi tidak stabil. Makanya, penyampaian tersebut harus dengan sangat hati-hati. Jadi didahului dengan missal, mbak kita buka sama-sama ya, dari hasil pemeriksaan laboratorium, hasil labpx HIVnya hasilnya reaktif, kemudian gini gini gini,</p>	<p>Penyakit HIV merupakan kasus berisiko untuk disampaikan kepada pasien.</p> <p>Pasien HIV cenderung menyangkal dengan emosi tidak stabil.</p> <p>Penjelasan diagnosis riskan dilakukan dengan hati-hati.</p> <p>Upaya dokter memberikan pelayanan terbaik, dengan melihat aspek : kehati-hatian, sesuai hasil pemeriksaan, tidak menutup-nutupi, membesarkan hati pasien dan memberikan saran terkait tindakan selanjutnya.</p>

	218	dan selanjutnya yang harus mbak lakukan adalah ini ini ini, tapi saya selalu memberikan saran terkait apa saja hal-hal yang harus dia lakukan, membesarkan hatinya, yah seperti itulah....	
P	226	ohh benar dok, memang harus belajar lagi berarti yah dok cara menyampaikan diagnosis agar pasien tidak sakit hati....	
RNPKSW	230	benar sekali mbak, memang butuh jam terbang juga sih jadi seiring berjalan waktu juga nanti mbaknya bisa sadar sendiri bagaimana memilah milah kata..	Pemilihan kata dalam penyampaian diagnosis didukung pengalaman pribadi.
P	236	benar dok.. kalo untuk dokter sendiri, apakah pernah menemukan pasien yang menolak untuk diberikan pengobatan atau terapi yang padahal itu menunjang untuk kesembuhannya?	
RNPKSW	243 248 250	oh untuk terapi itu.. yang menolak biasanya yang gamau dirujuk, jadi biasanya pada pengen terapi tuh dipuskesmas saja, ada yang harusnya gak usah dirujuk malah mau dirujuk. Sebenarnya orang-orang yang menolak untuk di rujuk, kebanyakan terhalang oleh faktor biaya, faktor tidak ada yang nunggu/anter di RS; jadi missal anemia sudah bertahun-tahun, kita sudah motivasi untuk rujuk, karena kita tuh hanya bisa memberikan suplemen penambah zat darah, padahal ini kan harus dicari penyebabnya apa, seperti itu	Penolakan terapi terjadi pada pasien rujukan dipengaruhi faktor biaya dan kurangnya sumber daya manusia.

	254	<p>kan, itu sudah saya sarankan untuk rujuk, karena saya gak mungkin memberikan suplemen penambah terusteruan tanpa mencari tahu penyebabnya. Apakah keganasan, sumbatan diproduksinya, atau bagaimana, agar tindakan atau tata laksananya pun lebih merinci dan sesuai. Namun pasien tetap tidak mau, jadi lagi-lagi saya sudah berusaha mengedukasi namun itu pilihan pasien, jadi pasien kami suruh tanda tangan persetujuan. Tapi tetep saya obati seperti biasa</p>	<p>Rujukan merupakan bentuk dokter menerapkan aspek etik; non maleficence dan beneficence.</p> <p>Penolakan tindakan akan didahului pemberian edukasi dilanjutkan mengisi lembar persetujuan penolakan tindakan.</p>
P	281	<p>oh baik, begitu dokter, mungkin saat ini Tyas mau membahas topic tentang etik di puskesmas sewon dok.</p>	
RNPKSW	285	<p>iya boleh, bagaimana?</p>	
P	286 290	<p>begini dok, jadi waktu masa pre-klinik itu, pembelajaran terkait etik, meliputi beberapa point, seperti, autonomy, non-maleficence, justice, beneficence, terkait point2 tersebut bagaimana implementasinya di puskesmas sewon 2 ini nggih dok?</p>	
RNPKSW	296	<p>tolong dijelaskan kepada saya satu per satu mbak.. karena saya sudah lupa, itu jaman saya dulu banget kuliah..</p>	
P	300	<p>baik dokter, jadi yang pertama itu ada justice dokter, pengertiannya bisa dibilang adil, jadi seorang dokter memperlakukan pasien</p>	

		dengan sama adil tanpa perbandingan apapun..	
RNPKSW	307 309 311 313	okey, satu dulu, keadilan, jadi, kalo saya dalam menangani pasien itu tidak pernah melihat dia jaminan atau engga, dia siapa, punya jabatan apa engga, ya saya melihat dari penyakit atau kondisi pasien saja. Jadi, siapapun dia, kalo saya akan memberlakukan dengan sama; seperti tadi mbak sudah saya ceritakan juga ketika ada pasien yang memang kurang mampu, akan saya bantu. Mbak boleh tanya ke puskesmas sewon, saya tidak pernah membedakan pasien yang tukang becak, pasien jaminan, pasien ada jabatan, tidak, saya tidak pernah membedakan... kurang lebih seperti itu,	Bukti dokter menerapkan aspek etik justice & autonomy terlihat pada sikap pemberian layanan sehari-hari kepada pasien.
P	328	izin bertanya dokter, kalo untuk dokter sendiri apakah pernah berada dikeadaan seperti itu dok? Dimana terdapat dua pasien urgent yang memang memiliki perbedaan jabatan dan lain2?	
RNPKSW	235 240	oh banyak mbak, di puskesmas itu, tukang becak banyak sekali, pembantu banyak sekali, tapi anggota dewan juga banyak, orang-orang besar juga banyak. Jadi di puskesmas tuh kan ada antrian yah, kalo memang urgent ya kita akan dahulukan dia apapun itu jabatannya, tapi kalo memang tidak ada kondisi urgent kita akan urutan sesuai antrian, jadi yaa tetep, prinsipnya gak peduli dia gabisa bayar atau	Berbagai kalangan dengan status sosial tertentu tidak memberikan perlakuan khusus terkait pelayanan. Perlakuan khusus terkait pelayanan hanya diberikan pada pasien darurat.

		pasien jaminan kesehatan, dan lain-lain.. begitu	
P	253	baik dokter, untuk selanjutnya ke point etik yang kedua terkait dengan beneficence, artinya seorang dokter mampu memberikan terapi yang terbaik untuk pasien, begitu dokter contohnya...	
RNPKSW	260 263 265	oh baik, jadi contohnya saya berusaha untuk melakukan px terbaik tuh dengan melakukan terapi yang terbaik, missal dengan melakukan anamnesa mendalam, kemudian pxnya jika memang diperlukan akan dilengkapi dengan px lab, kalo memang harus rujuk ya saya rujuk, ya pokonya saya akan memberikan sesuai dengan kompetensi yang saya miliki.... Untuk point selanjutnya apa mbak?	Pelayanan secara runtut dan mendalam merupakan wujud dokter dalam menerapkan aspek beneficence. Pelayanan dilakukan sesuai kompetensi dokter.
P	274	selanjutnya, non-maleficence; terkait point ini lebih ke yang tidak merugikan pasien dok, bisa itu tentang pelayanannya dan lain-lain.	
RNPKSW	279 284	oh begitu, kalo point itu sih biasanya terkait pemeriksaan yah, missal memang pasien bayar kemudian saya melakukan pemeriksaan yang banyak, begitu yah? Nah kalo saya dipuskesmas, tenaga kesehatan terbatas, saya gak akan melakukan hal itu, dimana menyuruh pasien untuk dilakukan pemeriksaan banyak2 agar pasien membayar lebih, itu akan merugikan tenaga lab kami juga, jadi.. saya rasa untuk melakukan hal-hal yang merugikan pasien itu gak akan dan gak bisa lah... begitu	Wujud dokter menerapkan etik non maleficence terlihat dari sikap tidak membiarkan pasien mengeluarkan dana lebih untuk suatu px tanpa indikasi.

		mbak. Paham kan yah maksudnya?	
P	299	nggih dokter paham paham. Untuk point terakhir terkait dengan autonomy dokter, artinya memberikan kebebasan pendapat untuk setiap pilihan pasien.	
RNPKSW	305 307 309 316	oiya, kalo pas anamnesis, kadang kita menggunakan pertanyaan terbuka, kemudian ketika pasien bertanya, saya gak akan menutupi informasi, karena pasien kan akan tanya penyakitnya apa, apa yang harus dilakukan dirumah, sedangkan kalo di lansia nanti kita akan beritahukan kepada orang yang mengantarnya. Jadi, yaa saya terbuka. Kalau pasien tanya, missal, dok.. kemarin saya dikasih dokter ini untuk minum obat A, tapi kata dokter lain gaboleh minum obat A, nah nanti tugas saya akan memberitahu mulai dari manfaat obat A apa, efek samping gimana, kalo missal dia mau minta ganti obat karena dirasa perih missal karena emang dia gabilang dari awal atau bahkan tidak tau punya penyakit magh, nanti kita edukasi, pak itu memang efek samping ke lambung, jadi kalo misalkan memang bapa punya penyakit magh obat akan kita ganti, jadi ya tidak kekeuh menggunakan itu, ketika pasien merasakan tidak nyaman ya kita akan lakukan evaluasi, namun harus tetap dengan indikasi pasien yah....	Sikap keterbukaan seorang dokter merupakan salah satu upaya penting membangun sambung rasa dengan pasien. Edukasi berperan penting pada pelayanan Kesehatan pasien. Dokter akan melakukan sikap bijaksana berupa evaluasi dalam menangani pasien.

P	337	nggih dokter, paham. kalo untuk etik terkait dengan teman sejawat itu bagaimana implementasinya di puskes sewon ini dok?	
RNPKSW	342	<p>jadi kalau yang teman sejawat, ada misalnya pasien datang, saya sudah berobat ke dokter ABC tapi tidak ada perubahan, saya mantepnya disini, nah kalau ada kasus seperti itu, saya katakan, ibu, ibu itu kebetulan datang kesini ketika ibu berobat ke dokter ABC, nah kebetulan ketika ibu berobat ke saya, efek obat yang diberikan dokter2 tersebut telah bekerja sehingga ibu merasakan lebih nyaman, saya itu hanya melanjutkan saja....</p> <p>Pernah juga saya mendapatkan pasien yang diterapi dengan obat apa padahal kasusnya apa, yasudah saya langsung katakana” ibu, saya akan ganti pengobatannya, jangan diminum”, jadi saya tidak akan menyalahkan teman sejawat walaupun itu benar-benar ketauan salah, cukup saya perbaiki.. seperti itu mbak. Karena bagaimanapun sejawat itu kan saudara.</p>	<p>Sikap dokter saat menanggapi keluhan kesah pasien terkait layanan di dokter lain, ditanggapi dengan sikap tidak menyudutkan cara pelayanan dokter lain.</p> <p>Mengevaluasi terkait layanan yang diberikan dokter lain sebaiknya tidak ditunjukkan didepan pasien.</p> <p>Teman sejawat merupakan saudara.</p>
P	371	benar dokter, kalo untuk di puskesmas sewon sendiri, apakah sudah pernah terjadi pelanggaran etik begitu dok?	
RNPKSW	375	Hmmm.. sepertinya, sejauh ini belum ada sih mbak, tidak ada laporan, tidak ada keluhan untuk etika kedokteran.	Tidak terdapat laporan dan keluhan terkait etik kedokteran.
P	379	untuk menurut dokter sendiri, apakah harapan terkait dengan implementasi etik itu	

		<p>dokternya perkara tidak mau merujuk. Jadi yaa, banyak banget mba dilemanya, namun ya saya tetap jelaskan aturan pemerintah terkait rujukan jika memang pasien ingin berobat ke rumah sakit juga, silahkan pribadi tidak usah menggunakan jaminan, seperti itu... itu kebanyakan malah pejabat mbak, karena dia merasa pejabat jadi selalu menekan puskesmas, namun saya tetep kekeuh sesuai dengan aturannya tidak boleh, seperti itu mbak.</p>	<p>Penjelasan terkait aturan rujukan dilakukan dokter saat melakukan edukasi.</p> <p>Dokter tetap melakukan tugasnya sesuai dengan aturan yang berlaku.</p>
P	490	<p>wah,, keadaan seperti itu , menurut tyas terlihat sangat-sangat sulit dokter,</p>	
RNPKSW	493	<p>iya mbak, makanya saya banyak musuhnya, malah dulu saya pernah protes ke BPJS, kami diancam karena tidak membuat rujukan, pernah sampe mau dipotong tangannya dan lain-lain, terus waktu itu sampai saya telfon BPJSnya didepan pasien, kemudian diangkat, malah BPJSnya sendiri bilang memperbolehkan untuk dirujuk, apa tidak mangkel saya mbak?, terus saya protes, kalau seperti itu terus, ya puskesmas yang akan hancur nanti, karena kita sudah mati-matian untuk edukasi terkait larangan rujukan yang memang bukan termasuk kriteria rujuk. Yang protes kedua, saya bilang jika memang terdapat 144 diagnosa yang tidak bisa untuk dirujuk, ya dirumah sakitnya menolah ke 144 diagnosa tersebut, karena kita disini tuh banyak ancaman. Awal-awal larangan itu</p>	<p>Dokter menjelaskan terkait pengalaman konflik dengan BPJS.</p> <p>Konflik berkaitan dengan penolakan terkait rujukan yang tidak sesuai kriteria BPJS.</p> <p>Respons menyetujui yang dilakukan BPJS terhadap pasien dengan rujukan tanpa indikasi.</p> <p>Dokter sudah melakukan upaya besar untuk memberikan pemahaman terkait kriteria rujuk kepada pasien.</p> <p>BPJS hanya menerima rujukan kurang lebih sekitar 144 diagnosa.</p>

		dikerjakan sedikit-sedikit, namun sekarang ² karena didukung dengan adanya punishment terhadap RS jika melakukan px terhadap 144 penyakit, gabisa ngeclaim. Dan itu sayangnya, banyak dokter spesialis yang tidak tau terkait dengan 144 diagnosa penyakit yang tidak bisa dirujuk. Jadi nanti, dokternya kadang bilang “ bu nanti minta rujukan lagi dipuskesmas yah”	<p>Saat ini, regulasi penerimaan rujukan membaik karena didukung aturan pemberlakuan hukuman kepada RS yang tidak sesuai.</p> <p>Beberapa dokter spesialis belum memahami kriteria rujukan oleh BPJS.</p>
P	534	oh wow, kalo Tyas simpulkan daritadi cerita dokter, memang dokter terlihat sudah menerapkan sikap yang sangat profesionalisme nggih dok...	
RNPKSW	539	waduh mbak.. karena saya kerja udah lama mbak, sudah 20 sekian tahun. Lulusan UGM lama saya.....	<p>Dokter merupakan lulusan mahasiswi universitas Gadjah mada.</p> <p>Pengalaman menjadi dokter sudah ditempuh lebih dari 20 tahun.</p>
P	543	hebat dokter panutan Tyas hehe, kalo untuk dokter – dokter lain di sewon 2 apakah sudah menerapkan sikap profesionalisme tersebut dok?	
RNPKSW	548 550	menurut saya mbak, dokter-dokternya masih muda ² jadi masih takut. Contoh kasus nih mbak, saya jaman-jaman dokter awal, saya pernah diancam karena kasus keracunan fiktif, jadi ada pemilihan calon lurah, jadi calon lurah A diracuni lurah B, terus mereka minta dirawat karena ada kurang lebih 10 orang jadi sekitar 1 keluarga , kemudian saya minta perawat	<p>Pengalaman meningkatkan kemampuan dan keberanian seorang dokter.</p> <p>Kasus fiktif terkait bidang kesehatan masih terjadi guna kepentingan suatu instansi.</p>

	<p>untuk coba amati apakah mereka muntah, muntah tidak, nah ternyata sepanjang itu mereka tidak ada muntah, diare. Kan mencurigakan yah, Besoknya saya minta hasil muntahannya, ternyata mereka sudah membawa sendiri, lalu saya bilang, oh tidak bisa seperti itu, muntahan itu harus kami yang ambil dan disegel. Kemudian beberapa hari, salah satu anggota keluarga tersebut datang ke ruangan saya minta surat keterangan bahwa keluarganya diopname 10 hari karena diracun oleh keluarga B, mereka sampe membawa polisi. Kemudian saya menjawab, lho tidak bisa pak. Kayanya saya waktu itu kelewat berani, saya tetep gak mau, apapun ancaman bapak saya tidak akan buat pak, karena tidak ada dasarnya, saya kalau bener gak takut saya bilang, itu saat saya masih umur 30 tahunan.</p> <p>Terkadang, dokter-dokter muda itu masih belum bisa untuk bilang engga, jadi kadang saya dipanggil untuk memberikan edukasi ke pasien, yang ndilalah biasanya manut.</p>	
--	---	--

			<p>Dokter Rini tetap menjunjung tinggi kebenaran dan kejujuran meskipun banyak ancaman.</p> <p>Dokter coass belum sepenuhnya berani untuk mengambil tindakan tertentu, khususnya kasus-kasus berkonflik.</p>
P	595	mungkin dokter punya kiat-kiat gitu agar seperti dokter?	
RNPKSW	597 600	<p>hahaha, pokonya yang pertama yakin mbak, kita bekerja itu bukan untuk mencari uang, niatnya bener-bener mau membantu orang yang membutuhkan, tidak usah cari muka juga, apalagi ya sama pejabat2 gitu yah yang mana kadang minta surat sehat tanpa datang ya kita harus tetep nolak karena surat sehat ato sakit kan harus periksa, jadi yang penting harus tegas dan yakin bahwa kita benar.</p> <p>Pernah loh saya punya masalah terkait dengan surat sakit, waktu saya dipalembang saya pernah dimintai ibu2 surat sakit anaknya kemudian besoknya saya dipanggil polisi, diperiksa, ternyata memang surat yang saya berikan itu untuk menghindari panggilan polisi karena anaknya telah mencuri di pesantren... dari situ, saya sangat teliti dalam membuat surat sehat atau surat sakit dengan ada tujuannya untuk kegiatan apa...</p>	<p>Dokter panutan adalah dokter yang memiliki sikap yakin kebenaran, niat baik untuk membantu serta tidak semata-mata memiliki tujuan tertentu.</p> <p>Kejadian permintaan surat sehat tanpa pemeriksaan masih terjadi.</p> <p>Sikap tegas diperlihatkan dokter saat menolak terkait pembuatan surat sehat tanpa pemeriksaan.</p> <p>Pengalaman dokter sesaat memberikan surat sakit yang ternyata surat tersebut adalah perantara menghindari dari konflik pribadi.</p>

	610		
P	632	wah kalo didengar dari cerita dokter, dokter sangat hebat, banyak pengalaman menegangkan nggih dok, semoga nanti kelak Tyas bisa seperti dokter...	
RNPKSW	638	hahaha benar mbak banyak pengalaman seru, amiiinn, kelak mba Tyas menjadi dokter yang professional, bijaksana, tidak goyah dengan apapun itu. Ini malah seperti saya cerita kaya ibu – anak yah mbak...	Dokter harap seluruh calon dokter memiliki sikap professional, bijaksana, dan teguh pendirian dalam menjalani kehidupan dokter.
P	645	untuk pertanyaan terakhir, pernahkan dokter di situasi ada emergency call gitu, namun diluar jam kerja dokter sehingga mengharuskan dokter untuk menuju lokasi pasien segera?	
RNPKSW	652 656	oh pernah mbak, saya pernah sampe dijemput pak polisi jam 10 malem karena saking urgentnya, menurut saya jika memang itu bisa saya lakukan dan mengharuskan saya untuk melakukan kenapa tidak, kalo memang nanti saya gak keburu atau terlalu lama jika sampai ke lokasi callnya, bisa dialokasikan ke faskes terdekat yang memang 24 jam atau yang memang sudah siap untuk melakukan penanganan, seperti itu mbak...	Dokter mengutamakan pasien yang membutuhkan bantuan. Jam layanan bukan menjadi penghalang seorang dokter memberikan layanan kepada pasien yang membutuhkan.
	667	Alhamdulillah selesai	