

LAPORAN AKHIR
TIM PENGKAJIAN HUKUM TENTANG HAK
DAN KEWAJIBAN TENAGA KESEHATAN

Ketua Tim :
Dr. Marius Widjajarta

BADAN PEMBINAAN HUKUM NASIONAL
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA R.I.
TAHUN 2011

Daftar Isi

halaman

Kata Pengantar

Daftar Isi

BAB I	PENDAHULUAN	1
A.	Latar Belakang	1
B.	Permasalahan	3
C.	Ruang lingkup Pengkajian	3
D.	Metode Pengkajian	3
E.	Personalia Pengkajian	3
F.	Jadwal Pengkajian	4
BAB II	TINJAUAN UMUM TENAGA KESEHATAN	5
A.	Tenaga Medis	5
B.	Tenaga Keperawatan	12
C.	Tenaga Kebidanan	22
D.	Tenaga farmasi	36
BAB III	PEMBINAAN DAN PENGAWASAN	45
A.	Aspek Profesi	45
B.	Aspek Hukum	54
C.	Aspek Fasilitasi	63
BAB IV	KEBEBASAN DAN TANGGUNG JAWAB PROFESI	65
A.	Tenaga Medis	65
B.	Tenaga Keperawatan dan Kebidanan	68
C.	Tenaga Farmasi	70
BAB V	PENUTUP	72
A.	Kesimpulan	72
B.	Saran	73

Daftar Pustaka

Kata Pengantar

Puji dan syukur dipanjatkan pada Allah SWT, bahwa berkat dan rahmat-Nya, maka Tim Pengkajian Hukum Tentang “Hak dan Kewajiban Tenaga Kesehatan”, pada tahun 2011 dapat menyelesaikan laporan sesuai jadwal yang ditetapkan. Berbagai masalah muncul terkait dengan pelaksanaan hak dan kewajiban tenaga kesehatan, mengingat sangat luasnya profesi tenaga kesehatan, maka dalam pengkajian hukum ini dibatasi hanya pada tenaga medis, yaitu dokter dan dokter gigi, tenaga keperawatan yaitu perawat dan bidan, serta tenaga farmasi.

Perkembangan teknologi modern dan canggih di bidang kedokteran, tidak serta merta dapat mencakup pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan di seluruh wilayah Indonesia. Dengan sangat luasnya jangkauan pelayanan kesehatan, ditengah belasan ribu pulau, transportasi yang terkendala, penyebaran tenaga kesehatan yang masih sulit diatasi, serta ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan yang tidak merata, dan dana yang terbatas menyebabkan profesi tenaga kesehatan tidak secara optimal melayani masyarakat secara meluas.

Namun yang pasti, profesi tenaga kesehatan tetap melakukan aktivitasnya sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku, standard profesi dan kode etik masing-masing profesi sehingga pelaksanaan hak dan kewajiban dapat dilakukan secara proporsional, rasional, dan seimbang demi kepentingan profesi untuk menyelamatkan dan menolong warga masyarakat yang membutuhkannya.

Kami menyadari, bahwa laporan ini masih jauh dari sempurna, dan perlu mendapatkan koreksi, baik yang bersifat redaksional maupun substansi. Namun terlepas dari kekurangan dan keterbatasan itu, kami mengucapkan terima kasih kepada Kepala Badan Pembinaan Hukum Nasional yang telah menugaskan kepada kami untuk mengkaji masalah ini. Semoga hasil pengkajian ini bisa memperkaya khasanah pemikiran tentang hak dan kewajiban tenaga kesehatan yang dialami dari berbagai disiplin ilmu.

Jakarta, Oktober 2011

Ketua Tim,

Dr. Marius Widjajarta

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pelayanan kesehatan ditengah dinamika modernisasi kehidupan masyarakat di Indonesia yang didalamnya semakin meningkatnya kesadaran hukum masyarakat, menjadikan profesi tenaga kesehatan harus mempersiapkan diri secara maksimal dan proporsional.

Sebagai perwujudan derajat tenaga kesehatan secara optimal agar serasi dan selaras dengan tujuan pembangunan kesehatan, diperlukan suatu keseimbangan antara hak dan kewajiban pada pemberi jasa pelayanan kesehatan dengan kepentingan pihak-pihak.

Tenaga kesehatan merupakan unsur yang sangat strategis ataupun utama dalam mewujudkan pelayanan kesehatan yang optimal, aman, tertib dan profesional, yang berlangsung setiap waktu dan berkesinambungan.

Sesuai dengan pengamalan Negara hukum, berlandaskan Pancasila yang terletak dalam UUD 1945, tentang pengaturan dibidang kesehatan telah diundangkan dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan. Dan khusus tentang tenaga kesehatan dikeluarkan Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 Tentang Tenaga Kesehatan. Dan walaupun Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 telah diubah/direvisi menjadi Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009, namun Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 32 Tahun 1996 tetap dinyatakan berlaku.

Tenaga kesehatan sebagaimana tercantum dalam Pasal 2 PP Nomor 32 Tahun 1996 adalah :

- (1) Tenaga kesehatan terdiri dari :
 - a. tenaga medis;
 - b. tenaga keperawatan;
 - c. tenaga kefarmasian;
 - d. tenaga kesehatan masyarakat;
 - e. tenaga gizi;

- f. tenaga keterampilan fisik;
 - g. tenaga keteknisan medis;
- (2) Tenaga medis meliputi dokter dan dokter gigi;
 - (3) Tenaga keperawatan meliputi perawat dan bidan
 - (4) Tenaga kefarmasian meliputi apoteker, analis farmasi, dan asisten apoteker
 - (5) Tenaga kesehatan masyarakat meliputi epidemiolog kesehatan, entomolog kesehatan, mikrobiolog kesehatan, penyuluh kesehatan, administrator kesehatan dan sanitarian.
 - (6) Tenaga gizi meliputi nutrisionis dan dietisien
 - (7) Tenaga ketrampilan fisik meliputi Fisioterapis, okupasiterapis, dan terapis wicara
 - (8) Tenaga keteknisan medis meliputi radiografer, radioterapis, teknisi gigi, teknisi elektromedis, analis kesehatan, refleksionis optisien, otorik prostetik, teknisi transfusi, dan perekam medis.

Dari berbagai tenaga kesehatan yang ada, setidaknya tenaga medis dan tenaga keperawatan dapat dikatakan sebagai ujung tombak didalam pelayanan kesehatan. Dari daerah terpencil ke tingkat kota besar tenaga medis dan tenaga keperawatan selalu hadir di tengah-tengah kebutuhan masyarakat yang membutuhkannya. Dominasi tenaga medis dan tenaga keperawatan di Indonesia juga mengingat sangat luasnya wilayah Republik Indonesia dan dengan situasi dan kondisi yang berbeda-beda, baik daerah terpencil hingga seperti kota metropolitan di Jakarta.

Dalam menjalankan profesinya, sudah barang tentu kesehatan harus mengacu pada peraturan perundang-undangan yang berlaku. Disamping itu, setiap profesi tenaga kesehatan juga dilengkapi suatu kode etik profesi, yang harus dimengerti, difahami dan dilaksanakan di setiap waktu. Dan sangat melekat dengan profesinya, adalah hak dan kewajiban tenaga kesehatan.

Berkenaan dengan era globalisasi, dan juga mengingat para tenaga kesehatan utamanya para perawat juga melakukan profesinya bersama-sama dengan tenaga kerja Indonesia di luar negeri, hak dan kewajiban

tenaga perawat Indonesia yang bekerja di luar negeri, perlu disiapkan secara maksimal dan profesionalismenya.

B. Permasalahan

Menyadari bahwa kepentingan masyarakat dan kepentingan tenaga kesehatan harus selaras, seimbang, dan profesional, serta berkenaan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan yang tidak merata, serta ketersediaan tenaga kesehatan yang tidak dapat menjangkau seluruh pelosok tanah air, maka permasalahan dalam pengkajian hukum ini tertuju pada:

Apakah hak dan kewajiban tenaga kesehatan yang bersifat mandiri dalam menjalankan profesinya dapat diawasi dan dbina oleh pemerintah pusat dan pemerintah daerah dengan melibatkan organisasi profesi, dan lembaga swadaya masyarakat.

C. Ruang Lingkup Pengkajian

Berkenaan sangat luasnya profesi tenaga kesehatan dan sesuai dengan kapasitas Tim, sengaja dibatasi ruang lingkup pengkajian ini hanya menyangkut tenaga medis dan tenaga keperawatan, dan tenaga farmasi.

D. Metode Pengkajian

Metode Pengkajian ini dilakukan berdasarkan pendalaman terhadap permasalahan, yang dilakukan oleh semua anggota Tim yang mempertimbangkan berbagai disiplin ilmu. Para anggota Tim diharapkan membuat makalah (catatan) yang dilengkapi dengan daftar pustaka)

E. Personalia Pengkajian

Untuk mengoptimalkan hasil kerja Tim, dan menyadari kompleksitas profesi hak dan kewajiban tenaga kesehatan, keanggotaan Tim mengikutsertakan para pihak yang berkompeten, ditambah dari unsur BPHN Kementerian Hukum dan HAM RI. Disamping itu juga ada

Narasumber. Adapun Susunan keanggotaan dalam Tim Pengkajian ini, yaitu:

Ketua : Dr. Marius Widjajarta (YPKKI)

Sekretaris: Suharyo, SH, MH.

Anggota : 1. Prof. Dr. Jeane Neltje Saly, SH., MH.
2. Marulak Pardede, SH., MH., APU.
3. Drg. Tatik Suhariyono
4. Hj. Hajerati, SH., MH.
5. Riati Anggraeini, SH., MARS. M.Hum.
6. DR. dr. Roza Indriani, MM.

Sekretariat: 1. Iis Trisnawati, A.Md

2. Ujang Harsono

Narasumber: 1. Prof. Dr. Veronica Komalawati (UNPAD)

F. Jadwal Pengkajian

Pelaksanaan tim pengkajian hukum tentang Hak dan Kewajiban Tenaga Kesehatan ini berdasarkan Keputusan Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia Nomor: PHN-25.LT.02.01 Tahun 2011 tanggal 01 April 2011, dengan jangka waktu selama 6 (enam) bulan, terhitung mulai bulan April 2011 sampai dengan 31 September 2011.

BAB II

TINJAUAN UMUM TENAGA KESEHATAN

Ditengah kemajuan teknologi modern dan canggih di bidang kedokteran, yang diantaranya dengan mudah dan cepat dilakukan pemeriksaan kesehatan dan segera diketahui hasilnya, yang kemudian dilanjutkan dengan tindakan lanjutan, faktor utama dibidang pelayanan kesehatan adalah Sumber Daya Manusia (SDM), yaitu tenaga kesehatan.

Eksistensi tenaga kesehatan, yang dalam pengkajian ini dibatasi pada tenaga medis, tenaga keperawatan dan tenaga kefarmasian, dalam menjalankan profesinya sudah dibekali profesionalisme yang tinggi. Hal mana berkenaan dengan resiko yang harus dihadapi dalam menjalankan profesinya, menyelamatkan nyawa manusia.

Sebagai bagian yang tidak terpisahkan dalam penyiapan profesionalisme tenaga kesehatan, sejak awal pendidikan tenaga kesehatan sudah dimulai melalui persyaratan yang ketat, baik menyangkut fisik, psikis dan akademis. Disamping juga persyaratan etika moral yang tentu menjadi persyaratan utama.

Dalam perjalanan kemudian, sesuai perkembangan di dunia kedokteran dan kefarmasian, ditengah era globalisasi bermunculan kegiatan penelitian yang dilakukan oleh pakar-pakar dari negara maju. Dengan alasan akan memberikan bantuan tertentu untuk penanggulangan dan pemberantasan penyakit yang baru muncul di suatu negara, termasuk di Indonesia, mereka dapat memanfaatkan kelengahan dan ketidaktahuan dari tenaga kesehatan dan tenaga kefarmasian di Indonesia, untuk apa hal tersebut diminta.

Sebagai tinjauan umum, diutarakan :

A. Tenaga Medis

- 1) Secara eksplisit tenaga medis dan ketentuan profesinya diatur dalam :
 - a. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan.
 - b. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran.
Dalam pasal 1 angka 2 “dokter dan dokter gigi adalah dokter, dokter spesialis, dokter gigi, dan dokter gigi spesialis lulusan pendidikan

kedokteran atau kedokteran gigi didalam maupun diluar negeri yang diakui oleh Pemerintah Republik Indonesia sesuai dengan peraturan perundang-undangan.”

- c. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan jo Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992
- d. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Tenaga Medis merupakan bagian dari tenaga tetap Sumber Daya Rumah Sakit, dan dalam Pasal 13 ayat (1) dan ayat (2) beserta penjelasannya, dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud tenaga medis adalah dokter.
- e. Kitab Undang-Undang Hukum Perdata;
- f. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1419/Menkes/Per/X/2005 tentang penyelenggaraan praktik dokter dan dokter gigi;
- g. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 585/Men.Kes/Per/IX/1989 tentang Persetujuan Tindakan Medik;
- h. Permenkes Nomor 290/ MENKES/ PER/III/ 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran;
- i. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 749a/Men.Kes/Per/XII/1989 tentang Rekam Medik/ Medical Record;
- j. Peraturan Pemerintah Nomor 1 Tahun 1951 tentang Kesehatan Kerja;
- k. Surat Keputusan Dirjen Yan Dik Nomor HK.00.06.6.5.1866 Tahun 1999 tentang Pedoman Persetujuan Tindakan Medik ditetapkan tanggal 21 April 1999 (selanjutnya disebut Pedoman Pertindik).

Sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari profesi dokter, persetujuan tindakan medik melalui informed consent adalah suatu kesepakatan dan kesetujuan dari pasien yang secara bebas, sadar dan terbuka, rasional dan proporsional setelah memperoleh informasi yang lengkap, valid, akurat yang diperoleh dari keterangan dokter tentang keadaan penyakitnya serta tindakan medis yang akan diperoleh.

Dalam hal pasien atau keluarga/ wali merasa kurang yakin dengan informed consent dari dokter, termasuk kemungkinan kurang yakin/ragu dengan keadaan senyatanya tentang penyakit, hasil laboratorium, hasil pemeriksaan pendukungnya, dapat bahkan berhak untuk melakukan pemeriksaan pada dokter yang lain, untuk mendapatkan second opinion, pasien dan atau keluarga/wali dapat meminta pemeriksaan dokter lainnya di tempat pelayanan kesehatan yang berbeda.

Peluang tenaga medis dalam hal ini dokter untuk memberikan kebebasan pilihan bagi pasien, merupakan bagian dari keterbukaan informasi dari dokter kepada pasien. Hal ini justru untuk menjaga keselamatan dan kebaikan pasien, dan juga menjaga kenyamanan profesi dokter.

Adapun informasi yang perlu diberikan dan dijelaskan dengan kata-kata sederhana yang dimengerti oleh pasien atau keluarganya menurut J. Guwandi meliputi:

1. Risiko yang melekat (inherent) pada tindakan tersebut;
2. Kemungkinan timbulnya efek sampingan;
3. Alternatif lain (jika) ada selain tindakan yang diusulkan; dan
4. Kemungkinan yang terjadi jika tindakan itu tidak dilakukan.

Permenkes tentang Pertindik Pasal 1 huruf a menyatakan bahwa persetujuan tindakan medis/ informed consent adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarganya atas dasar penjelasan mengenai tindakan medis yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut, sedangkan tindakan medis menurut Pasal 1 Huruf b adalah suatu tindakan yang dilakukan terhadap pasien berupa diagnostik atau terapeutik.

Sebelum memberikan pertindik pasien seharusnya menerima informasi tentang tindakan medis yang diperlukan, namun ternyata mengandung risiko. Pertindik harus ditandatangani oleh penderita atau keluarga terdekatnya dan disaksikan minimum satu orang saksi dari pihak pasien. Informasi dan penjelasan yang perlu diberikan dalam Pertindik meliputi hal-hal berikut:

1. Informasi harus diberikan baik diminta maupun tidak. Informasi tidak diberikan dengan mempergunakan istilah kedokteran yang tidak dimengerti oleh orang awam.
2. Informasi diberikan sesuai dengan tingkat pendidikan, kondisi, dan situasi pasien.
3. Informasi diberikan secara lengkap dan jujur, kecuali jika dokter menilai bahwa informasi tersebut dapat merugikan kesehatan pasien, atau pasien menolak untuk diberikan informasi. Dalam hal ini informasi dapat diberikan kepada keluarga terdekat.
4. Informasi dan penjelasan tentang tujuan dan prospek keberhasilan tindakan medis yang akan dilakukan.
5. Informasi dan penjelasan tentang tata cara tindakan medis yang akan dilakukan.
6. Informasi dan penjelasan tentang risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi.
7. Informasi dan penjelasan tentang alternatif tindakan medis lain yang tersedia serta risikonya masing-masing.
8. Informasi dan penjelasan tentang prognosis penyakit apabila tindakan medis tersebut dilakukan.
9. Untuk tindakan bedah atau tindakan invasif lain, informasi harus diberikan oleh dokter yang melakukan operasi, atau dokter lain dengan sepengetahuan atau petunjuk dokter yang bertanggung jawab.
10. Untuk tindakan yang bukan bedah atau tindakan yang tidak invasif lainnya, informasi dapat diberikan oleh dokter lain atau perawat dengan sepengetahuan atau petunjuk dokter dan bertanggung jawab.

Kewajiban untuk memberikan informasi dan penjelasan berada di tangan dokter yang akan melakukan tindakan medis. Dokterlah yang paling bertanggung jawab untuk memberikan informasi dan penjelasan yang diperlukan. Apabila dokter yang akan melakukan tindakan medis berhalangan untuk memberikan informasi dan penjelasan maka dapat

diwakilkan pada dokter lain dengan sepengetahuan dokter yang bersangkutan.

Pasal 2 ayat (1) Permenkes tentang Pertindik menentukan bahwa semua tindakan medis yang akan dilakukan terhadap pasien harus mendapat persetujuan. Bentuk persetujuan itu sendiri dapat diberikan secara tertulis maupun lisan. Dalam praktiknya, pertindik dapat diberikan oleh pasien dengan cara-cara berikut:

1. Dinyatakan (expressed) secara lisan atau tertulis. Dalam hal ini bila yang dilakukan lebih dari prosedur pemeriksaan dan tindakan biasa yang mengandung risiko, misalnya pembedahan.
2. Dianggap diberikan (implied or tacit consent), yaitu dalam keadaan biasa atau dalam keadaan darurat. Persetujuan diberikan pasien secara tersurat tanpa pernyataan tegas yang disimpulkan dokter dari sikap dan tindakan pasien. Misalnya tindakan medis berupa pemberian suntikan, penjahitan luka, dan sebagainya. Apabila pasien dalam keadaan gawat darurat tidak sadarkan diri dan keluarganya tidak ada di tempat, sedangkan dokter memerlukan tindakan segera, maka dokter dapat melakukan tindakan medis tertentu yang terbaik menurut dokter (persetujuannya disebut presumed consent, dalam arti bila pasien dalam keadaan sadar, maka pasien dianggap akan menyetujui tindakan yang dilakukan dokter).

2) Tujuan Persetujuan Tindakan Medik

Maksud dan tujuan persetujuan tindakan medik, berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : O.585/Men.Kes/Per/IX/1989 tentang Persetujuan Tindakan Medik :

1. Semua tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien harus mendapat persetujuan (Pasal 2 ayat (1)).
2. Persetujuan dapat diberikan secara tertulis maupun lisan (Pasal 2 ayat (2)).
3. Persetujuan diberikan setelah pasien mendapat informasi yang akurat tentang perlunya tindakan medik yang bersangkutan serta risiko yang

dapat ditimbulkannya (Pasal 2 ayat (3)).

4. Bagi tindakan medik yang mengandung risiko tinggi harus dengan persetujuan tertulis yang ditandatangani oleh yang hendak memberikan persetujuan (Pasal 3 ayat (1)).
5. Persetujuan lisan berlaku bagi tindakan medik yang tidak termasuk dalam tindakan medik yang mengandung risiko tinggi (Pasal 3 ayat (2)).
6. Informasi tentang tindakan medik harus diberikan oleh dokter, dengan informasi yang selengkap-lengkapnyanya, kecuali bila dokter menilai bahwa informasi yang diberikan dapat merugikan kepentingan kesehatan pasien atau pasien menolak diberikan informasi (Pasal 4 ayat (1) dan (2)).
7. Dalam hal informasi tidak bisa diberikan kepada pasien maka dengan persetujuan pasien dokter dapat memberikan informasi tersebut kepada keluarga terdekat dengan didampingi seorang perawat/paramedis sebagai saksi (Pasal 4 ayat (3)).

Hal ini masih sejalan dengan Permenkes Nomor 290/ MENKES/ PER/III/ 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran.

3) Asas – Asas Dalam Pelayanan Medik

Oleh karena transaksi terapeutik merupakan hubungan hukum antara dokter dan pasien, maka dalam transaksi terapeutik pun berlaku beberapa asas hukum yang mendasari, yang menurut Komalawati disimpulkan sebagai berikut : ¹

1. Asas Legalitas
2. Asas Keseimbangan
3. Asas Tepat Waktu
4. Asas Itikad Baik

Agak sedikit berbeda dengan Komalawati, Fuady (2005:6) menyebutkan pendapat tentang beberapa asas etika modern dari praktik

¹ Komalawati. 2002. Peranan Informed Consent Dalam Transaksi Terapeutik : Persetujuan Dalam Hubungan Dokter dan Pasien. Suatu Tinjauan Yuridis. Bandung : Penerbit Citra Aditya Bakti, halaman 128

kedokteran yang disebutkannya sebagai berikut :²

1. Asas Otonom
2. Asas Murah Hati
3. Asas Tidak Menyakiti
4. Asas Keadilan
5. Asas Kesetiaan
6. Asas Kejujuran

Berdasar Undang Undang Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran dengan berlakunya Undang-undang Praktik Kedokteran yang juga mencantumkan asas-asas penyelenggaraan Praktik Kedokteran di dalam Bab II Pasal 2, maka asas-asas tentang praktik kedokteran sudah mempunyai kekuatan mengikat. Namun asas-asas yang tercantum di dalam Undang-undang Praktik Kedokteran agak sedikit berbeda dengan beberapa asas yang telah diuraikan di atas. Adapun Pasal 2 yang mengatur tentang asas-asas penyelenggaraan Praktik Kedokteran tersebut berbunyi :

Penyelenggaraan praktik kedokteran dilaksanakan berasaskan Pancasila dan didasarkan pada nilai ilmiah, manfaat, keadilan, kemanusiaan, keseimbangan, serta perlindungan dan keselamatan pasien.

Pengertian tentang asas-asas tersebut tercantum dalam penjelasan Pasal 2, sebagai berikut :

1. Asas Nilai ilmiah
2. Asas Manfaat
3. Asas Keadilan
4. Asas Kemanusiaan
5. Asas Keseimbangan
6. Asas Perlindungan dan Keselamatan Pasien

Walaupun hukum telah menetapkan 6 (enam) asas yang tercantum di dalam Undang-Undang yang mengatur khusus praktik kedokteran sebagai *lex specialis* yang mengikat para dokter dalam menjalankan

² Munir, Fuady. 2005. Sumpah Hipocrates : Aspek Hukum Malpraktek Dokter. Bandung : PT. Citra Aditya Bakti, halaman 6

profesinya, akan lebih bijaksana kalau dokter juga mematuhi semua asas yang telah disebutkan di atas sebagai asas yang dianjurkan oleh para pakar hukum untuk dipatuhinya. Karena kepatuhan dokter dalam memegang asas sebagai prinsip dasar pelaksanaan profesinya akan memayungi dokter tersebut dari tuntutan pasien yang mungkin bisa timbul dalam praktik sehari-hari yang dilakukannya.

4) Hak dan Kewajiban Para Pihak dalam Persetujuan Tindakan Medik

Hak dan kewajiban pihak yang memberikan persetujuan tindakan medik dan pihak yang menerima persetujuan tindakan medik yaitu :

a. Hak dan Kewajiban Dokter

Yang dimaksud dengan hak dan kewajiban dokter adalah yang ditujukan kepada hak dan kewajiban dalam menjalankan suatu profesi kedokteran, yaitu dalam memberikan pelayanan kesehatan atau pertolongan medis kepada pasiennya.³ Adapun hak dan kewajiban profesional seorang dokter adalah sebagai berikut:⁴

1. Hak-hak profesi seorang dokter

- a). Hak untuk bekerja menurut standar profesi medis
- b). Hak menolak melaksanakan tindakan medis yang ia tidak dapat pertanggung jawabkan secara profesional
- c). Hak untuk menolak suatu tindakan medis yang menurut suara hatinya (conscienci) tidak baik
- d). Hak untuk mengakhiri hubungan dengan seorang pasien jika ia menilai bahwa kerjasama antara pasien dia tidak ada lagi gunanya
- e). Hak atas privacy dokter
- f). Hak atas itikad baik dari pasien dalam melaksanakan kontrak terapeutik
- g). Hak atas balas jasa
- h). Hak atas fair dalam menghadapi pasien yang tidak puas

³ Soerjono,S.S.H.Prof.Dr.MA dan Herkunto,Dr. 1987. Pengantar Hukum Kesehatan. Bandung : Remaja Karya, Halaman 101

⁴ Ibid, hal 101 - 104

terhadapnya

- i). Hak untuk membela diri
- j). Hak memilih pasien

2. Kewajiban – kewajiban Profesi Dokter

Kewajiban-kewajiban dokter (De beroepsplichten van de arts) dapat dibedakan dalam lima kelompok, yaitu :

- a). Kewajiban yang berhubungan dengan fungsi sosial dari memelihara kesehatan
- b). Kewajiban yang berhubungan dengan standar medis
- c). Kewajiban yang berhubungan dengan tujuan ilmu kedokteran
- d). Kewajiban yang berhubungan dengan prinsip keseimbangan (proportionaliteits beginsel)
- e). Kewajiban yang berhubungan dengan hak pasien

B. Tenaga Keperawatan

Ditengah pertumbuhan penduduk Indonesia yang sangat pesat dengan jumlah penduduk Indonesia ± 215 juta jiwa, jumlah Sumber Daya Manusia (SDM) dibidang kesehatan ternyata belum memadai. Lulusan dokter di berbagai Fakultas Kedokteran Negeri dan Swasta setiap tahun berkisar 2500 dokter baru. Sedangkan rasio dokter terhadap jumlah penduduk 1 : 5000, sedangkan lulusan perawat di berbagai lembaga pendidikan setiap tahun sekitar 40.000 perawat baru, dengan rasio terhadap jumlah penduduk 1 : 2850. Sedangkan lulusan Bidan setiap tahun sekitar 600 bidan baru dengan rasio terhadap jumlah penduduk 1 : 2600.

Ironisnya, ditengah keterbatasan jumlah lulusan tenaga keperawatan yang dalam konteks ini termasuk bidan ternyata daya serap diatur dalam lulusan tenaga kesehatan (keperawatan dan kebidanan) oleh jaringan pelayanan kesehatan ternyata masih sangat rendah dan terbatas. Sehingga cukup banyak ditemui Rumah Sakit utamanya Rumah Sakit Pemerintah/dinas yang kekurangan tenaga keperawatan. Dan para lulusan tenaga keperawatan banyak yang beralih profesi baik secara sementara

atau permanen. Eksistensi tenaga keperawatan diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1239/MENKES/SK/XI/2001 Tentang Registrasi dan Praktek Perawat.

Pasal 2

- (1) Pimpinan penyelenggara pendidikan perawat wajib menyampaikan laporan secara tertulis kepada Kepala Dinas Kesehatan Propinsi mengenai peserta didik yang baru lulus, selambat-lambatnya 1(satu) bulan setelah dinyatakan lulus pendidikan keperawatan.
- (2) Bentuk dan laporan dimaksud pada ayat (1) sebagaimana tercantum dalam formulir I terlampir.

Pasal 3

- (1) Perawat yang baru lulus mengajukan permohonan dan mengirimkan kelengkapan registrasi kepada Kepala Dinas Kesehatan Propinsi dimana sekolah berada guna memperoleh SIP selambat-lambatnya 1(satu) bulan setelah menerima ijazah pendidikan keperawatan.
- (2) Kelengkapan registrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi :
 - a. Foto kopi ijazah pendidikan perawat.
 - b. Surat keterangan sehat dari dokter.
 - c. Pas foto ukuran 4 x 6 cm sebanyak 2(dua) lembar.
- (3) Bentuk permohonan SIP sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam formulir II terlampir.

Pasal 4

- (1) Kepala Dinas Kesehatan Propinsi atas nama Menteri Kesehatan, melakukan registrasi berdasarkan permohonan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 untuk menerbitkan SIP.
- (2) SIP sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diterbitkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Propinsi atas nama Menteri Kesehatan, dalam waktu selambat-lambatnya 1 (satu) bulan sejak permohonan diterima dan berlaku secara nasional.
- (3) Bentuk dan isi SIP sebagaimana tercantum dalam formulir III terlampir.

Pasal 5

- (1) Kepala Dinas Kesehatan Propinsi harus membuat pembukuan registrasi mengenai SIP yang telah diterbitkan.
- (2) Kepala Dinas Kesehatan Propinsi menyampaikan laporan secara berkala kepada Menteri Kesehatan melalui Sekretariat Jendral c.q Kepala Biro Kepegawaian Departemen Kesehatan mengenai SIP yang telah diterbitkan untuk kemudian secara berkala akan diterbitkan dalam buku registrasi Nasional.

Pasal 6

- (1) Perawat lulusan luar negeri wajib melakukan adaptasi untuk melengkapi persyaratan mendapatkan SIP.
- (2) Adaptasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan pada sarana pendidikan milik pemerintah.
- (3) Untuk melakukan adaptasi perawat mengajukan permohonan kepada Kepala Dinas Kesehatan Propinsi.
- (4) Permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dengan melampirkan :
 - a. Foto kopi ijazah yang telah dilegalisir oleh Direktur Jenderal Pendidikan Tinggi.
 - b. Transkrip nilai ujian yang bersangkutan.
- (5) Kepala Dinas Kesehatan Propinsi berdasarkan permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat 3 (tiga) menerbitkan rekomendasi untuk melaksanakan adaptasi.
- (6) Perawat yang telah melaksanakan adaptasi berlaku ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2, Pasal 3 dan Pasal 4.

Pasal 7

- (1) SIP berlaku selama 5 (lima) tahun dan dapat diperbaharui serta merupakan dasar untuk memperoleh SIK dan/atau SIPP.
- (2) Pembaharuan SIP sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan pada Dinas Kesehatan Propinsi dimana perawat melaksanakan asuhan keperawatan dengan melampirkan :
 - a. SIP yang habis masa berlakunya;
 - b. Surat keterangan sehat dari dokter;

- c. pas foto ukuran 4x6 cm sebanyak 2 (dua) lembar.

Pasal 8

- (1) Perawat dapat melaksanakan praktik keperawatan pada sarana pelayanan kesehatan, praktik perorangan dan/atau berkelompok.
- (2) Perawat yang melaksanakan praktik keperawatan pada sarana pelayanan kesehatan harus memiliki SIK.
- (3) Perawat yang melakukan praktik perorangan/berkelompok harus memiliki SIPP .

Pasal 9

- (1) SIK sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (2) diperoleh dengan mengajukan permohonan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat.
- (2) Permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diajukan dengan melampirkan :
 - a. Foto kopi ijazah pendidikan keperawatan;
 - b. Foto kopi SIP yang masih berlaku;
 - c. Surat keterangan sehat dari dokter;
 - d. Pas foto ukuran 4 x 6 cm sebanyak 2 (dua) lembar;
 - e. Surat keterangan dari pimpinan sarana pelayanan kesehatan yang menyatakan tanggal mulai bekerja;
 - f. Rekomendasi dari Organisasi Profesi.
- (3) Bentuk permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum pada formulir IV terlampir.

Pasal 10

SIK hanya berlaku pada 1 (satu) sarana pelayanan kesehatan

Pasal 11

Permohonan SIK sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9. Selambat-lambatnya diajukan dalam waktu 1 (satu) bulan setelah diterima bekerja.

Pasal 12

- (1) SIPP sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (3) diperoleh dengan mengajukan permohonan kepada kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota setempat.
- (2) SIPP hanya diberikan kepada perawat yang memiliki pendidikan ahli

madya keperawatan atau memiliki pendidikan keperawatan dengan kompetensi lebih tinggi.

- (3) Permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diajukan dengan melampirkan:
 - a. Foto kopi ijazah ahli madya keperawatan, atau ijazah pendidikan dengan kompetensi lebih tinggi yang diakui pemerintah.
 - b. Surat keterangan pengalaman kerja minimal 3 (tiga) tahun dari pimpinan sarana tempat kerja, khusus bagi ahli madya keperawatan;
 - c. Foto kopi SIP yang masih berlaku;
 - d. Surat keterangan sehat dari dokter;
 - e. Pas foto 4 x 6 cm sebanyak 2 (dua) lembar;
 - f. Rekomendasi dari organisasi profesi;
- (4) Bentuk permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) seperti tercantum pada formulir V terlampir;
- (5) Perawat yang telah memiliki SIPP dapat melakukan praktik berkelompok.
- (6) Tata cara perizinan praktik berkelompok sebagaimana dimaksud pada ayat (5) sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 13

- (1) Rekomendasi untuk mendapatkan SIK dan /atau SIPP dilakukan melalui penilaian kemampuan keilmuan dan keterampilan dalam bidang keperawatan, kepatuhan terhadap kode etik profesi serta kesanggupan melakukan praktik keperawatan.
- (2) Setiap perawat yang melaksanakan praktik keperawatan berkewajiban meningkatkan kemampuan keilmuan dan/atau keterampilan bidang keperawatan melalui pendidikan dan/atau pelatihan.

Pasal 14

- (1) SIK dan SIPP berlaku sepanjang SIP belum habis masa berlakunya dan selanjutnya dapat diperbaharui kembali.
- (2) Pembaharuan SIK sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diajukan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat dengan melampirkan:

- a. Foto kopi SIP yang masih berlaku;
 - b. Foto kopi SIK yang lama;
 - c. Surat keterangan sehat dari dokter;
 - d. Pas foto ukuran 4 x 6 cm sebanyak 2 (dua) lembar;
 - e. Kesehatan yang menyatakan masih bekerja sebagai perawat;
 - f. Rekomendasi dari organisasi profesi.
- (3) Pembaharuan SIPP sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diajukan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat dengan melampirkan:
- a. Foto kopi SIP yang masih berlaku;
 - b. Foto kopi SIPP yang lama;
 - c. Surat keterangan sehat dari dokter;
 - d. Pas foto 4x6cm sebanyak 2 (dua) lembar;
 - e. Rekomendasi dari organisasi profesi.

Pasal 15

Perawat dalam melaksanakan praktik keperawatan berwenang untuk:

- a. Melaksanakan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, penetapan diagnose keperawatan, perencanaan, melaksanakan tindakan keperawatan dan evakuasi keperawatan;
- b. Tindakan keperawatan sebagaimana dimaksud pada butir a meliputi: intervensi keperawatan, observasi keperawatan, pendidikan dan konseling kesehatan;
- c. Dalam melaksanakan asuhan keperawatan sebagaimana dimaksud huruf a dan b harus sesuai dengan standar asuhan keperawatan yang ditetapkan oleh organisasi profesi;
- d. Pelayanan tindakan medic hanya dapat dilakukan berdasarkan permintaan tertulis dari dokter.

Pasal 16

Dalam melaksanakan kewenangan sebagaimana dimaksud dalam pasal 15 perawat kerkewajiban untuk:

- a. Menghormati hak pasien;
- b. Merujuk kasus yang tidak dapat ditangani;

- c. Menyimpan rahasia sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- d. Memberikan informasi;
- e. Meminta persetujuan tindakan yang akan dilakukan;
- f. Melakukan catatan perawatan dengan baik.

Pasal 17

Perawat dalam melakukan praktik keperawatan harus sesuai dengan kewenangan yang diberikan, berdasarkan pendidikan dan pengalaman serta dalam memberikan pelayanan berkewajiban mematuhi standar profesi.

Pasal 18

Perawat dalam menjalankan praktik harus membantu program pemerintah dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Pasal 19

Perawat dalam menjalankan praktik keperawatan harus senantiasa meningkatkan mutu pelayanan profesinya, dengan mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi melalui pendidikan dan pelatihan sesuai dengan bidang tugasnya, baik diselenggarakan oleh pemerintah maupun organisasi profesi.

Pasal 20

- (1) Dalam keadaan darurat yang mengancam jiwa seseorang/pasien, perawat berwenang untuk melakukan pelayanan kesehatan diluar kewenangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15.
- (2) Pelayanan dalam keadaan darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditujukan untuk penyelamatan jiwa.

Pasal 21

- (1) Perawat yang menjalankan praktik perorangan harus mencantumkan SIPP diruang praktiknya.
- (2) Perawat yang menjalankan praktik perorangan tidak diperbolehkan memasang papan praktik.

Pasal 22

- (1) Perawat memiliki SIPP dapat melakukan asuhan keperawatan dalam bentuk kunjungan rumah.
- (2) Perawat dalam melakukan asuhan keperawatan dalam bentuk kunjungan rumah harus membawa perlengkapan perawatan sesuai kebutuhan.

Pasal 23

- (1) Perawat dalam menjalankan praktik perorangan sekurang-kurangnya memnuhi persyaratan:
 - a. Memiliki tempat praktik yang memnuhi syarat kesehatan;
 - b. Memiliki perlengkapan untuk tindakan asuhan keperawatan maupun kunjungan rumah;
 - c. Memiliki perlengkapan administrasi yang meliputi buku catatan kunjungan, formulir catatan tindakan asuhan keperawatan serta formulir rujukan;
- (2) Persyaratan perlengkapan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), sesuai dengan standar perlengkapan asuhan keperawatan yang ditetapkan oleh organisasi profesi.

Pasal 24

- (1) Pejabat yang berwenang mengeluarkan dan mencabut SIK atau SIPP adalah Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
- (2) Dalam hal tidak ada pejabat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Kepala Dinas Kesehatan Propinsi dapat menunjuk pejabat lain.

Pasal 25

- (1) Permohonan SIK atau SIPP yang disetujui atau ditolak harus disampaikan oleh dinas Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota kepada pemohon dalam waktu selambat-lambatnya 1 (satu) bulan sejak tanggal permohonan diterima.
- (2) Apabila permohonan SIK atau SIPP disetujui, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/ kota harus menerbitkan SIK atau SIPP.
- (3) Apabila permohonan SIK atau SIPP ditolak, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/ kota harus member alasan penolakan tersebut.

- (4) Bentuk dan isi SIK atau SIPP yang disetujui sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tercantum dalam formulir VI dan VII terlampir.
- (5) Bentuk surat penolakan SIK atau SIPP sebagaimana dimaksud pada ayat (3) tercantum dalam formulir VIII dan IX terlampir.

Pasal 26

Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota menyampaikan laporan secara berkala kepada Kepala Dinas Kesehatan Propinsi setempat tentang pelaksanaan pemberian atau penolakan SIK dan SIPP diwilayahnya dengan tembusan kepada organisasi Profesi setempat.

Pasal 27

- (1) Perawat wajib mengumpulkan sejumlah angka kredit yang besarnya ditetapkan oleh organisasi profesi.
- (2) Angka kredit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikumpulkan dari kegiatan pendidikan dan kegiatan ilmiah lain.
- (3) Jenis dan besarnya kredit dari masing-masing unsure sebagaimana dimaksud pada ayat 2 (dua) ditetapkan oleh organisasi profesi.
- (4) Organisasi profesi mempunyai kewajiban membimbing dan mendorong para anggotanya untuk dapat mencapai angka kredit yang ditentukan.

Hak Perawat

Hak Perawat Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 148/2010. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 148/2010, hak perawat terdapat pada Pasal 11. Dalam melaksanakan praktik, perawat mempunyai hak :

- a. Memperoleh perlindungan hukum dalam melaksanakan praktik keperawatan sesuai standar
- b. Memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari klien dan/atau keluarganya.
- c. Melaksanakan tugas sesuai dengan kompetensinya
- d. Menerima imbalan jasa profesi, dan
- e. Memperoleh jaminan perlindungan terhadap resiko kerja yang berkaitan dengan tugasnya.

Kewajiban Perawat

Kewajiban adalah sesuatu yang harus diperbuat atau harus dilakukan oleh seseorang atau suatu Badan Hukum. Sedangkan menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia kewajiban adalah sesuatu yang wajib dilaksanakan, keharusan (sesuatu hal yang harus dilaksanakan). Menurut Wikipedia (2010), Kewajiban dibagi atas dua macam, yaitu kewajiban sempurna yang selalu berkaitan dengan hak orang lain dan kewajiban tidak sempurna yang tidak terkait dengan hak orang lain. Kewajiban sempurna mempunyai dasar keadilan, sedangkan kewajiban tidak sempurna berdasarkan moral. Menurut Kamus Hukum (Marwan dan Jimmy, 2009), kewajiban merupakan segala bentuk beban yang diberikan oleh hukum kepada orang ataupun badan hukum.

Dalam Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 Pasal 22 ayat (1), dinyatakan bahwa bagi tenaga kesehatan jenis tertentu dalam melaksanakan tugas profesinya berkewajiban untuk:

- a. Menghormati hak pasien;
- b. Menjaga kerahasiaan identitas dan tata kesehatan pribadi pasien;
- c. Memberikan informasi yang berkaitan dengan kondisi dan tindakan yang akan dilakukan;
- d. Meminta persetujuan terhadap tindakan yang akan dilakukan;
- e. Membuat dan memelihara rekam medis

Penjelasan PP Nomor 32 Tahun 1996 yang dimaksud dengan tenaga kesehatan tertentu dalam ayat (1) Pasal 22 adalah tenaga kesehatan yang berhubungan langsung dengan pasien misalnya, dokter, dokter gigi, perawat. Hal ini berarti, kewajiban yang terdapat pada pasal 22 ayat (1) PP Nomor 32 Tahun 1996 berlaku untuk tenaga perawat.

Kewajiban Perawat Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 148/2010

Dalam Kepmenkes 1239/2001 berkaitan dengan praktik perawat, kewajiban perawat terdapat pada Pasal 12 ayat (1). Dalam melaksanakan praktik, perawat wajib untuk :

- a. Menghormati hak pasien

- b. Melakukan rujukan
- c. Menyimpan rahasia sesuai dengan peraturan perundang-undangan
- d. Memberikan informasi tentang masalah kesehatan pasien/klien dan pelayanan yang dibutuhkan.
- e. Meminta persetujuan tindakan keperawatan yang dilakukan.
- f. Melakukan pencatatan asuhan keperawatan secara sistematis
- g. Mematuhi standar

Namun profesi bidan terlihat lebih mendapat perlindungan hukum sekaligus jamnan hukum. Hal ini terlihat dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 938/MENKES/SK/VIII/2007 Tentang Standar Asuhan Kebidanan.

C. Tenaga Kebidanan

Sedangkan kebidanan merupakan profesi khusus yang berbeda dengan keperawatan, walaupun didalamnya terdapat juga aspek-aspek keperawatan. Pembinaan dan pengawasan pelaksanaan penyelenggaraan Standar Asuhan Kebidanan dilaksanakan oleh Departemen Kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota dengan melibatkan Organisasi Profesi sesuai dengan tugas masing-masing.

Tujuan :

1. Adanya standar sebagai acuan dan landasan dalam melaksanakan tindakan/kegiatan dalam lingkungan tanggung jawab bidan.
2. Mendukung terlaksananya Asuhan Kebidanan berkualitas.
3. Parameter tingkat kualitas dan keberhasilan asuhan yang diberikan bidan.
4. Perlindungan hukum bagi Bidan dan Klien/Pasien.

Ruang Lingkup :

1. Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil.
2. Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin.
3. Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas dan Masa Antara.
4. Asuhan Kebidanan pada Bayi.
5. Asuhan Kebidanan pada Anak Balita Sehat.
6. Asuhan Kebidanan pada Masa Reproduksi.

Pengertian Standar Asuhan Kebidanan :

Standar Asuhan Kebidanan adalah acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi dan pencatatan asuhan kebidanan.

STANDAR I : Pengkajian.

A. Pernyataan Standar

Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

B. Kriteria Pengkajian

1. Data tepat, akurat dan lengkap.
2. Terdiri dari Data Subyektif (hasil Anamnesa; biodata, keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budaya)
3. Data Obyektif (hasil Pemeriksaan fisik, psikologis dan pemeriksaan penunjang).

STANDAR II : Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

A. Pernyataan Standar

Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.

B. Kriteria Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

1. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
2. Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien
3. Dapat diselesaikan dengan Asuhan Kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

STANDAR III : Perencanaan

A. Pernyataan Standar

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan.

B. Kriteria Perencanaan

1. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif.
2. Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga
3. Mempertimbangkan kondisi psikologis, sosial budaya klien/keluarga
4. Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan evidence based dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
5. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada.

STANDAR IV : Implementasi

A. Pernyataan Standar

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

B. Kriteria Implementasi

1. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-spiritual-kultural
2. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (inform consent)
3. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based.
4. Melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan
5. Menjaga privacy klien/pasien
6. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
7. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
8. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai

9. Melakukan tindakan sesuai standar
10. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan

STANDAR V : Evaluasi

A. Pernyataan Standar

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dan asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

B. Kriteria Evaluasi

1. Penilaian dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
2. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan atau keluarga
3. Evaluasi dilakukan sesuai standar
4. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien

STANDAR VI : Pencatatan Asuhan Kebidanan

A. Pernyataan Standar

Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

B. Kriteria Pencatatan Asuhan Kebidanan

1. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (Rekam Medis/KMS/Status Pasien/Buku KIA)
2. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP.
3. S adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa.
4. O adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan
5. A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.
6. P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan

antisipasi, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

Standar Asuhan Kebidanan

Standar asuhan kebidanan ini, diharapkan dapat menjadi acuan dan landasan untuk melaksanakan tindakan/kegiatan dalam lingkup tanggung jawab bidan, dalam memberikan asuhan kebidanan di semua fasilitas pelayanan kesehatan. Sehingga dapat dicapai asuhan kebidanan yang berkualitas dan berstandar. Selain hal tersebut standar ini dapat digunakan sebagai parameter tingkat kualitas dan berstandar. Selain hal tersebut standar ini dapat digunakan sebagai parameter tingkat kualitas dan keberhasilan asuhan yang diberikan bidan dan merupakan perlindungan hukum bagi Bidan dan Klien/Pasien.

Pelaporan Dan Registrasi

Pasal 2

- 1). Pimpinan penyelenggaraan pendidikan bidan wajib menyampaikan laporan secara tertulis kepada Kepala Dinas Kesehatan Propinsi mengenai peserta didik yang baru lulus, selambat-lambatnya 1 (satu) bulan setelah dinyatakan lulus.
- 2). Bentuk dan isi laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Formulir terlampir.

Pasal 3

- 1). Bidan yang baru lulus mengajukan permohonan dan mengirimkan kelengkapan registrasi kepada Kepala Dinas Kesehatan Propinsi dimana institusi pendidikan berada guna memperoleh SIB selambat-lambatnya 1(satu) bulan setelah menerima ijazah bidan.
- 2). Kelengkapan registrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) antara lain meliputi :
 - a. Fotokopi Ijazah Bidan;
 - b. Fotokopi Transkrip Nilai Akademik;
 - c. Surat Keterangan sehat dari dokter;
 - d. Pas foto ukuran 4x6 cm sebanyak 2 (dua) lembar;

- 3). Bentuk permohonan SIB sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Formulir II terlampir.

Pasal 4

- 1). Kepala Dinas kesehatan Provinsi atas nama Menteri Kesehatan melakukan registrasi berdasarkan permohonan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 untuk menerbitkan SIB.
- 2). SIB sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikeluarkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Provinsi atas nama Menteri Kesehatan, dalam waktu selambat-lambatnya 1 (satu) bulan sejak permohonan diterima dan berlaku secara nasional.
- 3). Bentuk dan isi SIB sebagaimana tercantum dalam Formulir III terlampir.

Pasal 5

- 1). Kepala Dinas Kesehatan Provinsi harus membuat pembukuan registrasi mengenai SIB yang telah diterbitkan.
- 2). Kepala Dinas Kesehatan Provinsi menyampaikan laporan secara berkala kepada Menteri Kesehatan melalui Sekretariat Jendral c.q Kepala Biro Kepegawaian Departemen Kesehatan dengan tembusan kepada organisasi profesi mengenai SIB yang telah diterbitkan untuk kemudian secara berkala akan diterbitkan dalam buku registrasi nasional.

Pasal 6

- 1). Bidan lulusan luar negeri wajib melakukan adaptasi untuk melengkapi persyaratan mendapatkan SIB.
- 2). Adaptasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan pada sarana pendidikan yang terakreditasi yang ditunjuk pemerintah.
- 3). Bidan yang telah menyelesaikan adaptasi diberikan surat keterangan selesai adaptasi oleh pimpinan sarana pendidikan.
- 4). Untuk melakukan adaptasi Bidan mengajukan permohonan kepada Kepala Dinas Kesehatan Provinsi.
- 5). Permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dengan melampirkan:

- a. Fotokopi Ijazah yang telah dilegalisir oleh Direktur Jenderal Pendidikan Tinggi;
 - b. Fotokopi Transkrip Nilai Akademik yang bersangkutan.
- 6). Kepala Dinas Kesehatan Provinsi berdasarkan permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) menerbitkan rekomendasi untuk melaksanakan adaptasi.
 - 7). Bidan yang telah melaksanakan adaptasi, berlaku ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 dan Pasal 4.
 - 8). Bentuk permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) sebagaimana tercantum dalam Formulir IV terlampir.

Pasal 7

- 1). SIB berlaku selama 5 Tahun dan dapat diperbaharui serta merupakan dasar untuk menerbitkan SIPB.
- 2). Perbaharuan SIB sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diajukan kepada Kepala Dinas Kesehatan Provinsi dimana bidan praktik dengan melampirkan antara lain:
 - a. SIB yang telah habis masaberlakunya;
 - b. Surat keterangan sehat dari dokter;
 - c. Pas foto ukuran 4x6 cm sebanyak 2 (dua) lembar.

Pasal 8

Masa bakti bidan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 9

- 1) Bidan yang menjalankan praktik harus memiliki SIPB
- 2) Bidan dapat menjalankan praktik pada sarana kesehatan dan/atau perorangan

Pasal 10

- 1). SIPB sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) diperoleh dengan mengajukan permohonan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota setempat.
- 2). Permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diperoleh dengan melampirkan persyaratan, antara lain meliputi :

- a. fotokopi SIB yang masih berlaku;
 - b. fotokopi ijazah Bidan;
 - c. surat persetujuan atasan, bila dalam pelaksanaan masa bakti atau sebagai Pegawai Negeri atau pegawai pada sarana kesehatan;
 - d. surat keterangan sehat dari dokter;
 - e. rekomendasi dari organisasi profesi;
 - f. pas foto 4 x 6 cm sebanyak 2 (dua) lembar.
- 3). Rekomendasi yang diberikan organisasi profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf e, setelah terlebih dahulu dilakukan penilaian kemampuan keilmuan dan keterampilan, kepatuhan terhadap kode etik profesi serta kesanggupan melakukan praktik bidan.
 - 4). Bentuk permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) seperti tercantum dalam Formulir V terlampir.

Pasal 11

- 1). SIPB berlaku sepanjang SIB belum habis masa berlakunya dan dapat diperbaharui kembali.
- 2). Perbaharuan SIPB sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diajukan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat dengan melampirkan :
 - a. fotokopi SIPB yang masih berlaku;
 - b. fotokopi SIPB yang lama;
 - c. surat keterangan sehat dari dokter;
 - d. pas foto 4 x 6 cm sebanyak 2 (dua) lembar;
 - e. rekomendasi dari organisasi profesi.

Pasal 12

Bidan pegawai tidak tetap dalam rangka pelaksanaan masa bakti tidak memerlukan SIPB.

Pasal 13

Setiap bidan yang menjalankan praktik berkewajiban meningkatkan kemampuan keilmuan dan/atau keterampilannya melalui pendidikan dan/atau pelatihan.

Pasal 14

Bidan dalam menjalankan praktiknya berwenang untuk memberikan pelayanan yang meliputi :

- a. Pelayanan kebidanan;
- b. Pelayanan keluarga berencana;
- c. Pelayanan kesehatan masyarakat.

Pasal 15

- 1). Pelayanan kebidanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 14 huruf a ditujukan kepada ibu dan anak.
- 2). Pelayanan kepada ibu diberikan pada masa pranikah, prahamil, masa kehamilan, masa persalinan, masa nifas, menyusui, dan masa antar (periode interval)
- 3). Pelayanan kebidanan kepada anak diberikan pada masa bayi baru lahir, masa bayi, masa anak balita dan masa pra sekolah.

Pasal 16

- 1). Pelayanan kebidanan kepada ibu meliputi :
 - a. Penyuluhan dan konseling;
 - b. Pemeriksaan fisik;
 - c. Pelayanan antenatal pada kehamilan normal;
 - d. Pertolongan pada kehamilan abnormal yang mencakup ibu hamil dengan abortus iminens, hipemesis gravidarum tingkat I, preeklamsi ringan dan anemia ringan;
 - e. pertolongan persalinan normal;
 - f. Pertolongan persalinan abnormal, yang mencakup letak sungsang, partus macet kepala di dasar panggul, ketuban pecah dini (KPD) tanpa infeksi, perdarahan post partum, laserasi jalan lahir, distosia karena inersia uteri primer, post term dan pre term.
 - g. Pelayanan ibu nifas abnormal yang mencakup retensio plasenta, renjatan, dan infeksi ringan;
 - i. Pelayanan dan pengobatan pada kelainan ginekologi yang meliputi keputihan, perdarahan tidak teratur dan penundaan haid.

- 2). Pelayanan kebidanan kepada anak meliputi :
- a. Pemeriksaan bayi baru lahir;
 - b. Perawatan tali pusat;
 - c. Perawatan bayi;
 - d. Resusitasi pada bayi baru lahir;
 - e. Pemantauan tumbuh kembang anak;
 - f. Pemberian imunisasi;
 - g. Pemberian penyuluhan.

Pasal 17

Dalam keadaan tidak terdapat dokter yang berwenang pada wilayah tersebut, bidan dapat memberikan pelayanan pengobatan pada penyakit ringan bagi ibu dan anak sesuai dengan kemampuannya.

Pasal 18

Bidan dalam memberikan pelayanan sebagaimana dimaksud dalam pasal 16 berwenang untuk:

- a. Memberikan iminulasi
- b. Memberikan suntikan pada penyulit kehamilan, persalinan dan nifas;
- c. Mengeluarkan placenta secara manual;
- d. Bimbingan senam hamil;
- e. Pengeluaran sisa jaringan konsepsi;
- f. Episiotomi;
- g. Penjahitan luka episiotomi dan luka jalan lahir sampai tingkat II;
- h. Amniotomi pada pembukaan serviks lebih dari 4 cm;
- i. Pemberian infus;
- j. Pemberian suntikan intramuskuler uterotonika, antibiotika, dan sedativa;
- k. Kompresi bimanual;
- l. Versi ekstraksi gemelli pada kelahiran bayi kedua dan seterusnya;
- m. Vacum ekstraksi dengan kepala bayi dipasar panggul;
- n. Pengendalian anemi;
- o. Meningkatkan pemeliharaan dan penggunaan air susu ibu;
- p. Resustasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia;

- q. Penanganan hipotermi;
- r. Pemberian minum dengan sonde/pipet;
- s. Pemberian obat-obat terbatas, melalui lembaran permintaan obat sesuai dengan Formulir VI terlampir;
- t. Pemberian surat keterangan kelahiran dan kematian.

Pasal 19

Bidan dalam memberikan pelayanan keluarga berencana sebagaimana dimaksud dalam pasal 14 huruf b, berwenang untuk :

- a. Memberikan obat dan alat kontrasepsi oral, suntikan, dan alat kontrasepsi dalam rahim, alat kontrasepsi bawah kulit dan kondom;
- b. Memberikan penyuluhan/konseling pemakaian kontrasepsi;
- c. Melakukan pncabutan alat kontrasepsi dalam rahim;
- d. Melakukan pencabutan alat kontrasepsi bawah kulit tanpa penyulit;
- e. Memberikan konseling untuk pelayanan kebidanan, keluarga berencana dan kesehatan masyarakat.

Pasal 20

Bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan, masyarakat sebagaimana dimaksud dalam pasal 14 huruf c, berwenang untuk :

- a. Pembinaan peran serta masyarakat dibidang kesehatan ibu dan anak;
- b. Memantau tumbuh kembang anak;
- c. Melaksanakan pelayanan kebidanan komunitas;
- d. Melaksanakan deteksi dini, melaksanakan pertolongan pertaman merujuk dan memberikan penyuluhan Infeksi Menular Seksual (IMS), penyalahgunaan Narkotika Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA) serta penyakit lainnya.

Pasal 21

- 1). Dalam keadaan darurat bidan berwenang melakukan pelayanan kebidanan selain kewenangan sebagaimana dimaksud dalam pasal 14.
- 2). Pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditujukan untuk penyelamatan jiwa.

Pasal 22

Bidan dalam menjalankan praktik perorangan harus memenuhi persyaratan yang meliputi tempat dan ruangan praktik, tempat tidur, peralatan, obat-obatan, dan kelengkapan administrasi.

Pasal 23

- 1). Bidan dalam menjalankan praktik perorangan sekurang-kurangnya harus memiliki peralatan dan kelengkapan administratif sebagaimana tercantum dalam Lampiran keputusan ini.
- 2). Obat-obatan yang dapat digunakan dalam melakukan praktik sebagaimana tercantum dalam Lampiran II Keputusan ini.

Pasal 24

Bidan dalam menjalankan praktik harus membantu program pemerintah dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat khususnya kesehatan ibu dan anak serta kesehatan masyarakat khususnya kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana.

Pasal 25

- 1). Bidan menjalankan praktik harus sesuai dengan kewenangan yang diberikan, berdasarkan pendidikan dan pengalaman serta dalam memberikan pelayanan berdasarkan standar profesi.
- 2). Disamping ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bidan dalam melaksanakan praktik sesuai dengan kewenangannya harus:
 - a. Menghormati hak pasien;
 - b. Merujuk kasus yang tidak dapat ditangani;
 - c. Menyimpan rahasia sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - d. Memberikan informasi tentang pelayanan yang akan diberikan;
 - e. Meminta persetujuan tindakan yang akan dilakukan;
 - f. Melakukan catatan medik (medical record) dengan baik.

Pasal 26

Petunjuk pelaksanaan praktiknya bidan sebagaimana tercantum dalam Lampiran III Keputusan ini.

Pasal 27

- 1). Dalam melakukan praktiknya bidan wajib melakukan pencatatan dan pelaporan sesuai dengan pelayanan yang diberikan.
- 2). Pelaporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaporkan ke Puskesmas dan tembusan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat.
- 3). Pencatatan dan pelaporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran IV Keputusan ini.

Pasal 28

- 1). Pejabat yang berwenang mengeluarkan dan mencabut SIPB adalah kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
- 2). Dalam hal tidak ada pejabat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Kepala Dinas Kesehatan Provinsi dapat menunjuk pejabat lain.

Pasal 29

- 1). Permohonan SIPB yang disetujui atau ditolak harus disampaikan oleh Kepala Dinas Kabupaten/Kota kepada pemohon dalam waktu selambat-lambatnya 1(satu) bulan sejak tanggal permohonan diterima.
- 2). Apabila permohonan SIPB disetujui, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota kepada pemohon dalam waktu selambat-lambatnya 1 (satu) bulan sejak tanggal permohonan diterima.
- 3). Apabila permohonan SIPB ditolak, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota harus memberikan alasan penolakan tersebut.
- 4). Bentuk dan isi SIPB yang disetujui sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tercantum dalam Formulir VII terlampir.
- 5). Bentuk surat penolakan SIPB sebagaimana SIPB dimaksud dalam ayat (3) tercantum dalam Formulir VIII terlampir.

Pasal 30

Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota menyampaikan laporan secara berkala kepada Dinas Kesehatan Provinsi setempat tentang pelaksanaan pemberian atau penolakan SIPB diwilayahnya dengan tembusan organisasi profesi setempat.

Pasal 31

- 1). Bidan wajib mengumpulkan sejumlah angka kredit yang besarnya ditetapkan oleh organisasi profesi.
- 2). Angka kredit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikumpulkan dari angka kegiatan ilmiah dan pengabdian masyarakat.
- 3). Jenis dan besarnya angka kredit dari masing-masing unsur sebagaimana dimaksud pada ayat 2(dua) ditetapkan oleh organisasi profesi.
- 4). Organisasi profesi mempunyai kewajiban membimbing dan mendorong para anggotanya untuk dapat mencapai angka kredit yang ditentukan

Pasal 32

Pimpinan sarana kesehatan wajib melaporkan bidan yang melakukan praktik dan yang berhenti melakukan praktik pada sarana kesehatannya kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan tembusan kepada organisasi profesi.

Pasal 33

- 1) Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan/atau organisasi profesi terkait melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap bidan yang melakukan praktik diwilayahnya.
- 2) Kegiatan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan melalui pemantauan yang hasilnya dibahas secara periodik sekurang-kurangnya 1(satu) kali dalam 1(satu) tahun.

Pasal 34

Selama menjalankan praktik seorang bidan wajib menaati semua peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 35

- 1). Bidan melakukan praktik dilarang:
 - a. Menjalankan praktik apabila tidak sesuai dengan ketentuan tercantum dalam izin praktik.
 - b. Melakukan perbuatan yang bertentangan dengan standar profesi.

- 2). Bagi bidan yang memberikan pertolongan dalam keadaan darurat atau menjalankan tugas di daerah terpencil yang tidak ada tenaga kesehatan lain, dikecualikan dari larangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) butir a.

Pasal 36

- 1). Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dapat memberikan peringatan lisan atau tertulis kepada bidan yang melakukan pelanggaran terhadap Keputusan ini.
- 2). Peringatan lisan atau tertulis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan paling banyak 3 (tiga) kali dan apabila peringatan tersebut tidak diindahkan, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dapat mencabut SIPB Bidan yang bersangkutan.

Pasal 37

Sebelum Keputusan pencabutan SIPB ditetapkan, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota terlebih dahulu mendengar pertimbangan dari Majelis Disiplin Tenaga Kesehatan (MDTK) atau Majelis Pembinaan dan Pengawasan Etika Pelayanan Medis (MP2EPM) sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 38

- 1). Keputusan pencabutan SIPB disampaikan kepada bidan yang bersangkutan dalam waktu selambat-lambatnya 14(empat belas) hari terhitung sejak keputusan ditetapkan.
- 2). Dalam Keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disebutkan lama pencabutan SIPB.
- 3). Terhadap pencabutan SIPB sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat diajukan keberatan kepada Kepala Dinas Kesehatan Provinsi dalam waktu 14 (empat belas) hari setelah Keputusan diterima, apabila dalam waktu 14 (empat belas) hari tidak diajukan keberatan, maka keputusan tersebut dinyatakan mempunyai kekuatan hukum tetap.
- 4). Kepala Dinas Kesehatan Provinsi memutuskan ditingkat pertama dan terakhir semua keberatan mengenai pencabutan SIPB.
- 5). Sebelum prosedur keberatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3)

ditempuh, Pengadilan Tata Usaha Negara tidak berwenang mengadili sengketa tersebut sesuai dengan maksud Pasal 48 Undang-Undang Nomor 5 Tahun 1986 tentang Pengadilan Tata Usaha Negara.

Pasal 39

Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota melaporkan setiap pencabutan SIPB kepada Kepala Dinas Kesehatan Provinsi setempat dengan tembusan kepada organisasi profesi setempat.

Pasal 40

- 1). Dalam keadaan luar biasa untuk kepentingan nasional Menteri Kesehatan dan/atau atas rekomendasi organisasi profesi dapat mencabut untuk sementara SIPB bidan melanggar ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- 2). Pencabutan izin sementara sebagaimana dimaksud pada ayat (1) selanjutnya diproses sesuai dengan ketentuan Keputusan ini.

Pasal 41

- 1). Dalam rangka pembinaan dan pengawasan, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dapat membentuk Tim/Panitia yang bertugas melakukan pemantauan pelaksanaan praktik bidan di wilayahnya.
- 2). Tim/Panitia sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dari unsur pemerintah, Ikatan Bidan Indonesia dan Profesi Kesehatan terkait lainnya.

Selain pada Pasal 12 ayat (1), kewajiban perawat juga terdapat pada pasal 12 ayat (3), yaitu perawat dalam menjalankan praktik wajib membantu Program Pemerintah dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

D. Tenaga Farmasi

Sedangkan untuk mengatur tenaga farmasi dikeluarkan Peraturan Pemerintah Nomor RI Nomor 51 Tahun 2009.

Pasal 19

Fasilitas Pelayanan Kefarmasian berupa :

- a. Apotek;
- b. Instalasi farmasi rumah sakit;
- c. Puskesmas;
- d. Klinik;
- e. Toko Obat; atau
- f. Praktek bersama.

Pasal 20

Dalam menjalankan Pekerjaan kefarmasian pada Fasilitas Pelayanan Kefarmasian, Apoteker dapat dibantu oleh Apoteker pendamping dan/ atau Tenaga Teknis Kefarmasian.

Pasal 21

- (1) Dalam menjalankan praktek kefarmasian pada Fasilitas Pelayanan Kefarmasian, Apoteker harus menerapkan standar pelayanan kefarmasian.
- (2) Penyerahan dan pelayanan obat berdasarkan resep dokter dilaksanakan oleh Apoteker.
- (3) Dalam hal di daerah terpencil tidak terdapat Apoteker, Menteri dapat menempatkan Tenaga Teknis Kefarmasian yang telah memiliki STRTTK pada sarana pelayanan kesehatan dasar yang diberi wewenang untuk meracik dan menyerahkan obat kepada pasien.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai standar pelayanan kefarmasian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menurut jenis Fasilitas Pelayanan Kefarmasian ditetapkan oleh Menteri.
- (5) Tata cara penempatan dan kewenangan Tenaga Teknis Kefarmasian di daerah terpencil sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diatur dengan Peraturan Menteri.

Pasal 22

Dalam hal di daerah terpencil yang tidak ada apotek, dokter atau dokter gigi yang telah memiliki Surat Tanda Registrasi mempunyai wewenang meracik dan menyerahkan obat kepada pasien yang dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan.

Pasal 23

- (1) Dalam melakukan Pekerjaan Kefarmasian, Apoteker sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 harus menetapkan Standar Prosedur Operasional.
- (2) Standar Prosedur Operasional harus dibuat secara tertulis dan diperbaharui secara terus menerus sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang farmasi dan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 24

Dalam melakukan Pekerjaan Kefarmasian pada Fasilitas Pelayanan Kefarmasian, Apoteker dapat:

- a. mengangkat seorang Apoteker pendamping yang memiliki SIPA;
- b. mengganti obat merek dagang dengan obat generik yang sama komponen aktifnya atau obat merek dagang lain atas persetujuan dokter dan/atau pasien; dan
- c. menyerahkan obat keras, narkotika dan psikotropika kepada masyarakat atas resep dari dokter sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 25

- (1) Apoteker dapat mendirikan Apotek dengan modal sendiri dan/atau modal dari pemilik modal baik perorangan maupun perusahaan.
- (2) Dalam hal Apoteker yang mendirikan Apotek bekerja sama dengan pemilik modal maka pekerjaan kefarmasian harus tetap dilakukan sepenuhnya oleh Apoteker yang bersangkutan.
- (3) Ketentuan mengenai kepemilikan Apotek sebagaimana dimaksud ayat (1) dan ayat (2) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 26

- (1) Fasilitas Pelayanan Kefarmasian sebagaimana dimaksud dalam Pasal 19 huruf e dilaksanakan oleh Tenaga Teknis Kefarmasian yang memiliki STRTTK sesuai dengan tugas dan fungsinya.

- (2) Dalam menjalankan praktek kefarmasian di Toko Obat, Tenaga Teknis Kefarmasian harus menerapkan standar pelayanan kefarmasian di Toko Obat.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai Fasilitas Pelayanan Kefarmasian di Toko Obat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan standar pelayanan kefarmasian di toko obat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan oleh Menteri.

Pasal 27

Pekerjaan Kefarmasian yang berkaitan dengan pelayanan farmasi pada Fasilitas Pelayanan Kefarmasian wajib dicatat oleh Tenaga Kefarmasian sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Pasal 28

Tenaga Kefarmasian dalam melakukan Pekerjaan Kefarmasian pada Fasilitas Pelayanan Kefarmasian wajib mengikuti paradigma pelayanan kefarmasian dan perkembangan ilmu pengetahuan serta teknologi.

Pasal 29

Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan Pekerjaan Kefarmasian pada Fasilitas Pelayanan Kefarmasian sebagaimana dimaksud dalam Pasal 27 diatur dengan Peraturan Menteri.

Pasal 30

- (1) Setiap Tenaga Kefarmasian dalam menjalankan Pekerjaan Kefarmasian wajib menyimpan Rahasia Kedokteran dan Rahasia Kefarmasian.
- (2) Rahasia Kedokteran dan Rahasia Kefarmasian hanya dapat dibuka untuk kepentingan Pasien, memenuhi permintaan hakim dalam rangka penegakan hukum, permintaan pasien sendiri dan/atau berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai Rahasia Kedokteran dan Rahasia Kefarmasian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Menteri.

Pasal 31

- (1) Setiap Tenaga Kefarmasian dalam melaksanakan Pekerjaan Kefarmasian wajib menyelenggarakan program kendali mutu dan kendali biaya.
- (2) Pelaksanaan kegiatan kendali mutu dan kendali biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui audit kefarmasian.

Pasal 32

Pembinaan dan pengawasan terhadap audit kefarmasian dan upaya lain dalam pengendalian mutu dan pengendalian biaya dilaksanakan oleh Menteri.

Pasal 33

- (1) Tenaga Kefarmasian terdiri atas:
 - a. Apoteker; dan
 - b. Tenaga Teknis Kefarmasian.
- (2) Tenaga Teknis kefarmasian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b terdiri dari sarjana Farmasi, Ahli Madya Farmasi, Analis Farmasi, dan Tenaga Menengah farmasi/Asisten Apoteker.

Pasal 34

- (1) Tenaga Kefarmasian melaksanakan Pekerjaan Kefarmasian pada:
 - a. Fasilitas Produksi Sediaan Farmasi berupa industri farmasi obat, industri bahan baku obat, industri obat tradisional, pabrik kosmetika dan pabrik lain yang memerlukan Tenaga Kefarmasian untuk menjalankan tugas dan fungsi produksi dan pengawasan mutu;
 - b. Fasilitas Distribusi atau Penyaluran Sediaan Farmasi dan alat kesehatan melalui Pedagang Besar Farmasi, penyalur alat kesehatan, instalasi Sediaan Farmasi dan alat kesehatan milik Pemerintah, pemerintah daerah provinsi, dan pemerintah daerah kabupaten/kota; dan/atau
 - c. Fasilitas Pelayanan Kefarmasian melalui praktik di Apotek, instalasi farmasi rumah sakit, puskesmas, klinik, toko obat, atau praktek bersama.

- (2) Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan Pekerjaan Kefarmasian dimaksud pada ayat (1) diatur dalam Peraturan Menteri.

Pasal 35

- (1) Tenaga kefarmasian sebagaimana dimaksud dalam Pasal 33 harus memiliki keahlian dan kewenangan dalam melaksanakan pekerjaan kefarmasian.
- (2) Keahlian dan kewenangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dilaksanakan dengan menerapkan Standar Profesi.
- (3) Dalam melaksanakan kewenangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus didasarkan pada Standar Kefarmasian, dan Standar Prosedur Operasional yang berlaku sesuai fasilitas kesehatan dimana Pekerjaan Kefarmasian dilakukan.
- (4) Standar Profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Pasal 36

- (1) Apoteker sebagaimana dimaksud dalam Pasal 33 ayat (1) huruf a merupakan pendidikan profesi setelah sarjana farmasi.
- (2) Pendidikan profesi Apoteker hanya dapat dilakukan pada perguruan tinggi sesuai peraturan perundang-undangan.
- (3) Standar pendidikan profesi Apoteker terdiri atas:
 - a. komponen kemampuan akademik; dan
 - b. kemampuan profesi dalam mengaplikasikan Pekerjaan Kefarmasian.
- (4) Standar pendidikan profesi Apoteker sebagaimana dimaksud pada ayat (3) disusun dan diusulkan oleh Asosiasi di bidang pendidikan farmasi dan ditetapkan oleh Menteri.
- (5) Peserta pendidikan profesi Apoteker yang telah lulus pendidikan profesi Apoteker sebagaimana dimaksud pada ayat (3) berhak memperoleh ijazah Apoteker dari perguruan tinggi.

Pasal 37

- (1) Apoteker yang menjalankan Pekerjaan Kefarmasian harus memiliki sertifikat kompetensi profesi.

- (2) Bagi Apoteker yang baru lulus pendidikan profesi, dapat memperoleh sertifikat kompetensi profesi secara langsung setelah melakukan registrasi.
- (3) Sertifikat kompetensi profesi berlaku 5 (lima) tahun dan dapat diperpanjang untuk setiap 5 (lima) tahun melalui uji kompetensi profesi apabila Apoteker tetap akan menjalankan Pekerjaan Kefarmasian.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara memperoleh sertifikat kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan tata cara registrasi profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diatur dengan Peraturan Menteri.

Pasal 38

- (1) Standar pendidikan Tenaga Teknis Kefarmasian harus memenuhi ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku di bidang pendidikan.
- (2) Peserta didik Tenaga Teknis Kefarmasian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk dapat menjalankan Pekerjaan Kefarmasian harus memiliki ijazah dari institusi pendidikan sesuai peraturan perundang-undangan.
- (3) Untuk dapat menjalankan Pekerjaan Kefarmasian sebagaimana dimaksud pada ayat (2), peserta didik yang telah memiliki ijazah wajib memperoleh rekomendasi dari Apoteker yang memiliki STRA di tempat yang bersangkutan bekerja.
- (4) Ijazah dan rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) wajib diserahkan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk memperoleh izin kerja.

Pasal 39

- (1) Setiap Tenaga Kefarmasian yang melakukan Pekerjaan Kefarmasian di Indonesia wajib memiliki surat tanda registrasi.
- (2) Surat tanda registrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diperuntukkan bagi:
 - a. Apoteker berupa STRA; dan
 - b. Tenaga Teknis Kefarmasian berupa STRTTK.

Pasal 40

- (1) Untuk memperoleh STRA, Apoteker harus memenuhi persyaratan:
 - a. memiliki ijazah Apoteker;
 - b. memiliki sertifikat kompetensi profesi;
 - c. mempunyai surat pernyataan telah mengucapkan sumpah/janji Apoteker;
 - d. mempunyai surat keterangan sehat fisik dan mental dari dokter yang memiliki surat izin praktik; dan
 - e. membuat pernyataan akan mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi.

Pasal 41

STRA berlaku selama 5 (lima) tahun dan dapat diperpanjang untuk jangka waktu 5 (lima) tahun apabila memenuhi syarat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 40 ayat (1).

Pasal 42

- (1) Apoteker lulusan luar negeri yang akan menjalankan Pekerjaan Kefarmasian di Indonesia harus memiliki STRA setelah melakukan adaptasi pendidikan.
- (2) STRA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa:
 - a. STRA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 40 ayat (1); atau
 - b. STRA Khusus.
- (3) Adaptasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan pada institusi pendidikan Apoteker di Indonesia yang terakreditasi.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pemberian STRA, atau STRA Khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dan pelaksanaan adaptasi pendidikan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diatur dengan Peraturan Menteri.

Pasal 43

STRA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 42 ayat (2) huruf a diberikan kepada:

- a. Apoteker warga negara Indonesia lulusan luar negeri yang telah melakukan adaptasi Pendidikan Apoteker sebagaimana dimaksud

dalam Pasal 42 ayat (3) di Indonesia dan memiliki sertifikat kompetensi profesi;

- b. Apoteker warga negara asing lulusan program pendidikan Apoteker di Indonesia yang telah memiliki sertifikat kompetensi profesi dan telah memiliki izin tinggal tetap untuk bekerja sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan di bidang ketenagakerjaan dan keimigrasian; atau
- c. Apoteker warga negara asing lulusan program pendidikan Apoteker di luar negeri dengan ketentuan:
 1. telah melakukan adaptasi pendidikan Apoteker di Indonesia;
 2. telah memiliki sertifikat kompetensi profesi; dan
 3. telah memenuhi persyaratan untuk bekerja sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan di bidang ketenagakerjaan dan keimigrasian.

Pasal 44

STRA Khusus sebagaimana dimaksud pada Pasal 42 ayat (2) huruf b dapat diberikan kepada Apoteker warga negara asing lulusan luar negeri dengan syarat:

1. atas permohonan dari instansi pemerintah atau swasta;
2. mendapat persetujuan Menteri; dan
3. Pekerjaan Kefarmasian dilakukan kurang dari 1 (satu) tahun.

Pasal 45

- (1) Penyelenggaraan adaptasi pendidikan Apoteker bagi Apoteker lulusan luar negeri dilakukan pada institusi pendidikan Apoteker di Indonesia.
- (2) Apoteker lulusan luar negeri sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus memenuhi ketentuan yang berlaku dalam bidang pendidikan dan memiliki sertifikat kompetensi.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai adaptasi pendidikan Apoteker sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur oleh Menteri setelah mendapatkan pertimbangan dari menteri yang tugas dan tanggung jawabnya di bidang pendidikan.

Pasal 46

Kewajiban perpanjangan registrasi bagi Apoteker lulusan luar negeri yang akan melakukan Pekerjaan Kefarmasian di Indonesia mengikuti ketentuan perpanjangan registrasi bagi Apoteker sebagaimana dimaksud dalam pasal 41.

BAB III PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

A. Aspek Profesi

Profesi tenaga kesehatan, dalam pengkajian ini dibatasi menjadi tenaga medis, tenaga keperawatan, dan tenaga kefarmasian, memegang peranan signifikan dalam pengobatan dan pelayanan kepada warga masyarakat yang memerlukannya.

1. Tenaga Medis

Sebagaimana dimaksud dalam Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan dan Peraturan pemerintah Nomor 32 Tahun 1996, tenaga medis adalah Dokter, dan Dokter Gigi.

Profesi dokter dan dokter gigi dalam pembinaan dan pengawasan dilakukan oleh pemerintah dalam hal ini Kementerian kesehatan, Organisasi Profesi, yaitu IDI (Ikatan Dokter Indonesia) dan Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PDGI).

Sesuai era Otonomi Daerah, maka pembinaan dan pengawasan dokter dan dokter gigi juga dilakukan oleh pemerintah daerah cq Dinas Kesehatan sebagaimana ditegaskan dalam Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan daerah.

Pembinaan dan pengawasan pada tenaga medis, sesungguhnya dimulai sejak saat yang bersangkutan menjadi mahasiswa atau pelajar di jenjang pendidikan yang ada. Dan hal ini terus menerus dilakukan sampai yang bersangkutan menjadi tenaga medis, melakukan profesinya sepanjang kehidupannya.

Profesi dokter yang bertugas selama 24 jam sehari, menyebabkan pembinaan dan pengawasan berlangsung secara terus menerus. Dan untuk pembinaan sudah barang tentu dilakukan oleh menteri yang bersangkutan, mulai dari kementerian kesehatan, organisasi profesi, pemerintah daerah, dan instansi kesehatan lainnya yang melakukan pelayanan kesehatan.

Institusi lainnya dimaksud, bisa dari Direktorat Kesehatan TNI dan POLRI, dalam dalam aspek administratif juga bisa berasal dari Rumah Sakit Swasta serta Pusat-pusat pelayanan kesehatan lainnya. Model dan bentuk pembinaan serta pengawasan yang demikian sesungguhnya merupakan upaya untuk terus menerus meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Disamping itu juga untuk menghindari terjadinya malpraktek, serta melindungi kepentingan masyarakat, sekaligus profesi dokter ditempat menjalankan tugasnya.

Berkenaan dengan semakin merebaknya praktek-praktek dokter, baik berupa poliklinik yang membuka praktek selama 24 jam, dan semakin banyaknya berdiri rumah sakit-rumah sakit dengan standar tertentu (terbatas), serta adanya juga rumah sakit yang merawat penderita tertentu dengan ukuran terbatas, menjadikan pelayanan kesehatan semakin mudah diakses oleh warga masyarakat. Namun begitu, masyarakat langsung percaya bahwa tenaga medis (dokter) yang menanganinya diandalkan dan professional.

Kepercayaan masyarakat yang demikian ini, perlu diimbangi dengan budaya pembinaan dan pengawasan yang intensif dan serius. Maksudnya, apakah benar bahwa dokter yang bertugas di poliklinik yang terbuka selama 24 jam benar-benar telah mengantongi ijazah kedokteran yang syah, serta telah memenuhi standard profesi melalui Surat Ijin Praktek dan sebagainya.

Bisa jadi, yang bertugas di poliklinik 24 jam, adalah tidak selalu dokter yang memenuhi persyaratan profesi ataupun kemungkinan masih setingkat Drs Medis. Hal ini berkenaan bahwa warga masyarakat hanya mengetahui secara personal, bahwa yang memeriksa kesehatan di poliklinik tersebut pasti seorang dokter. Fenomena ini sangat menguntungkan bagi pihak-pihak yang mencari peluang kesempatan ekonomi. Tindakan pengawasan dan pembinaan terhadap berdirinya poliklinik yang buka 24 jam, cenderung longgar.

Modal pemakaian kartu pengenal bagi dokter yang bertugas di poliklinik 24 jam, adalah perlu. Ataupun misalnya untuk menjaga kepercayaan masyarakat, pada papan nama poliklinik tersebut harus dicantumkan nama dokter dengan spesialisasinya, serta nomor surat ijin praktik. Walaupun hal ini, juga tidak bisa menjamin seratus persen tentang dokter tersebut.

Khusus dalam profesi dokter spesialis yang melaksanakan praktek di banyak tempat (rumah sakit dan/atau rumah sakit khusus), selain bermanfaat dan menguntungkan warga masyarakat, juga sekaligus dapat merugikan masyarakat. Mulai menggejala kunjungan dokter (visite dokter), untuk memeriksa pasien, pada jam-jam istirahat visite pada jam 23.00 bahkan jam 24.00, pernah dan sering berlangsung di beberapa rumah sakit di Jakarta. Sesungguhnya pihak rumah sakit sangat berkeberatan melalui laporan tenaga keperawatan yang berdinam malam. Namun keadaan ini dilematis, rumah sakit masih menggantungkan harapan pada dokter tersebut,, sementara pasien dan atau keluarganya sesungguhnya sangat tidak nyaman dengan aktivitas kunjungan/pemeriksaan dokter pada jam-jam malam.

Model kunjungan dokter untuk memeriksa pasien menjelang tengah malam, menurut catatan hanya berlangsung di rumah sakit wilayah Jakarta lainnya. Namun berkenaan dengan perjalanan waktu, penambahan penduduk, dan perkembangan perekonomian nasional dan global, yang tidak dibarengi dengan peningkatan mutu dan jumlah dokter spesialis. Fenomena yang demikian dapat berlangsung di kota-kota besar lainnya.

2. Tenaga Keperawatan dan Kebidanan

Tenaga keperawatan di Indonesia memegang posisi strategis dan unik dalam melaksanakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Pada masa lalu, sampai dengan tahun 1980, jenjang pendidikan tenaga keperawatan diawali dengan Juru Kesehatan, Pengamat/Penjenang Kesehatan, dan Perawat. Demikian pula

halnya, tenaga kebidanan juga merupakan tenaga kesehatan yang berprofesi secara khusus dibidang pra-kehamilan, kehamilan, pada saat melahirkan sampai dengan anak dan ibu berusia bakti.

a. Keperawatan

Masing-masing pendidikan tenaga keperawatan, berdasarkan lulusan SLTP. Untuk Juru Kesehatan masa pendidikan 1 tahun, untuk Pengamat/Penjenang Kesehatan masa pendidikan 2 tahun, dan harus menempuh terlebih dahulu Juru Kesehatan. Sementara untuk Perawat masa pendidikannya langsung 3 tahun di Sekolah Perawat yang berinduk pada Rumah Sakit Type C dan B. sebagian besar lulusan Juru Kesehatan dan Pengamat/Penjenang Kesehatan saekarang ini sudah memasuki masa baktinya di berbagai umah sakit di Indonesia.

Sesuai perkembangan zaman dan kemajuan ilmu kedokteran dan keperawatan, setelah sekolah Juru kesehatan dihapus, yang masih berdiri adalah Sekolah perawat. Dan kemudian Sekolah perawat tersebut tetap eksis sampai tahun 2000-an. Sebagai perkembangan erbaru, Sekolah Perawat juga berakhir, dan diganti serta ditingkatkan menjadi Akademi keoerawatan; bahkan di beberapa Universitas Negeri di Indonesia, juga sudah lama dibuka Fakultas Keperawatan.

Berkenaan pelayanan kesehatan yang belum merata di seluruh wilayah Indonesia, utamanya di pedesaan, daerah terpencil yang jauh dari pusat-pusat pelayanan kesehatan, profesi perawat sangat dominan dan diminati serta bagaikan dewa penolong bagi warga masyarakat yang membutuhkan. Kemampuan profesi yang standat dan mudah berinteraksi dengan masyarakat berbagai lapisan, dengan biaya yang murah bahkan bisa dengan barter ataupun gratis, perawat menjadi barisan terdepan untuki melayani kesehatan selama 24 jam.

Kemajuan ilmu kesehatan dan pengobatan tidak menjadikan profesi perawat dijauhi oleh masyarakat. Sampai sekarang bagi warga masyarakat kalangan terbatas keuangannya jika menderita sakit ada yang tetap berobat ke perawat yang sering akrab dipanggil Mantri. Dengan semakin mendekatnya Pusat Kesehatan masyarakat pada lingkungan setempat, tidak menjadikan profesi perawat yang membuka npraktik di rumah baik memakai izin ataupun tidak, tetap didatangi warga masyarakat yang ingin berobat.

Kompleksitas profesi perawat yang merupakan unsur utama pembantuan profesi dokter dan perawat secara pasti tidak dapat ditinggalkan oleh dokter, menyebabkan profesi perawat dan dokter yang secara teoritis berbeda dalam ilmu kedokteran dan ilmu keperawatan, oleh sebagian masyarakat yang kurang mengerti dianggap sama.

Keperawatan merupakan bentuk pelayanan professional kepada sistem pasien yang diberikan secara manusiawi, komprehensif, dan individualistic, berkesinambungan sejak pasien membutuhkan pelayanan sampai saat dimana pasien mampu melakukan kegiatan sehari-hari secara produktif untuk diri sendiri dan orang lain. Pelayanan keperawatan professional hanya dapat diberikan oleh tenaga keperawatan professional yang telah memiliki izin dan kewenangan nuntuk melakukan tinbdakan keperawatan yang dibutuhkan oleh sistem pasien. Pengaturan tindakan keperawatan diatur dalam suatu sistem regulasi keperawatan (Nurachman, 2000).

Sistem regulasi praktik keperawatan terjadi dalam suatu kontinum restriktif sampai paling restriktif yaitu designasi atau rekognasi, registrasi, sertifikasi, dan lisensi. Designasi atau rekognisi merupakan proses pengakuan terhadap seseorang yang telah menyelesaikan pendidikan keperawatan dan mendapatkan ijazah (Huber, 1996 dalam Nurachman, 2000). Proses regulasi praktik keperawatan ini harus selalu ditempuh

secara teratur oleh setiap orang yang memberikan pelayanan keperawatan kepada sistem pasien. Demikian pula, apabila seseorang sudah lama tidak melakukan praktik keperawatan maka seyogyanya sebelum perawat memberikan pelayanan kepada pasien perawat harus menempuh proses pelatihan untuk meyakinkan bahwa dalam konteks hukum perawat masih mampu melakukan pelayanan keperawatan secara kompeten.

Sebagai alternatif lain, apabila proses pelatihan tidak dapat dilaksanakan, mekanisme pandampingan dalam waktu tertentu oleh perawat yang lebih ahli di satu ruangan pada setiap tindakan, dapat dilakukan.

Keluarnya Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan yang kemudian diamandemen dengan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Undang-undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional, Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 2001 Tentang Tenaga Kesehatan, Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1239 Tahun 2001 tentang Registrasi dan Praktik Perawat, dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 148 Tahun 2010 tentang Izin dan penyelenggaraan Praktik Perawat lebih mengukuhkan perawat sebagai perawat di Indonesia, kewenangan perawat dalam menjalankan tugas profesi diatur dalam Permenkes Nomor 148/2010 sehingga perawat mempunyai legitimasi dalam menjalankan praktik profesinya.

Registrasi keperawatan mempunyai proses administrasi yang harus ditempuh oleh seseorang yang ingin melakukan pelayanan keperawatan kepada orang lain sesuai dengan kemampuan atau kompetensi yang dimilikinya. Kompetensi adalah kepemilikan kemampuan tertentu atau beberapa kemampuan untuk memenuhi persyaratan ketika menjalankan suatu peran. Kompetensi ini tidak dapat diterapkan apabila belum divalidasi dan diverifikasi oleh badan yang berwenang (Nurachman, 2000).

Menurut Praptiningsih (2007), perawat yang bermaksud untuk menjalankan praktik keperawatan baik perorangan maupun kelompok, harus mengajukan permohonan kepada pejabat berwenang, yang dalam hal ini adalah Kepala Dinas Kesehatan kabupaten atau Kota, dengan memenuhi syarat-syarat yang ditentukan. Permohonan tersebut diterima atau ditolak harus disampaikan oleh pejabat yang berwenang kepada pemohon selambatnya satu bulan atau sejak permohonan diterima. Permohonan yang diterima harus segera diikuti pemberian Surat Izin Praktik Keperawatan, sedangkan permohonan yang ditolak pejabat yang berwenang harus memberikan alasan penolakan. ANA (1980), menyatakan bahwa proses registrasi diawali ketika seorang telah menyelesaikan pendidikan keperawatan.

Meskipun pada tahun 2010 telah dikeluarkan Permenkes Nomor 148 Tahun 2010, namun proses registrasi perawat tetap diatur dalam Kepmenkes 1239/2001. Sementara itu, untuk izin dan penyelenggaraan praktik perawat diatur dalam Permenkes Nomor 148/2010. Berdasarkan Kepmenkes 1239/2001, kewajiban registrasi perawat dimulai ketika perawat baru lulus dari proses pendidikan. Pada pasal 3 ayat (1) disebutkan bahwa "Perawat yang baru lulus mengajukan permohonan dan mengirimkan kelengkapan registrasi kepada Kepala Dinas Kesehatan Propinsi dimana sekolah berada guna memperoleh SIP selambat-lambatnya 1 (satu) bulan setelah menerima ijazah pendidikan keperawatan".

Kewajiban registrasi perawat sesuai dengan Kepmenkes Nomor 1239/2001 adalah lisensi SIP, SIK dan SIIP. Namun peraturan tentang SIPP diatur secara terpisah sejak dikeluarkannya Permenkes 148/2010. Namun demikian, pada kenyataannya masih banyak perawat yang belum memiliki SIP dan SIK.

Penerbitan Surat Izin Perawat (SIP) terdapat perbedaan di setiap propinsi. Padahal, sudah tertera jelas pada Kepmenkes Nomor 1239 Tahun 2001 tentang Prosedur Penerbitan Surat Izin Bagi perawat. Ketidakteraturan ini menunjukkan bahwa terjadi perbedaan pemahaman secara sengaja maupun tidak sengaja terhadap Kepmenkes Nomor 1239 Tahun 2001 pada setiap propinsi. Misalnya di Propinsi Jawa Tengah dan DIY, penerbitan SIP melalui uji kompetensi yang dilakukan oleh Majelis Tenaga Kesehatan Propinsi (MTKP) atau badan Mutu, hal ini berbeda dengan Propinsi Jawa Barat yang telah melakukan uji kompetensi. Penerapan uji kompetensi atau sertifikasi berdasarkan PP Nomor 38 tahun 2007 dapat dilakukan tingkat propinsi ataupun tingkat daerah apabila daerah tersebut telah menunjukkan kemampuannya.

b. Tenaga Bidan

Eksistensi Bidan dalam peraturan tentang Tenaga Kesehatan dicantumkan dalam Peraturan pemerintah Nomor 32 Tahun 1996. Tenaga Bidan sebagai satu profesi dibidang tenaga kesehatan melakukan tugasnya secara mandiri.

Sebagai peraturan pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996, dikeluarkan peraturan menteri kesehatan Nomor 572/Menkes/Per/VI/1996 tentang Kompetensi dan Praktik Bidan yang diperbaharui dengan keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 900/Menkes/SK/VII/2002 tentang Registrasi dan Praktik Bidan. Berikutnya dikeluarkan Keputusan menteri Kesehatan Nomor 369 Tahun 2007 Tentang Standar Profesi Bidan; dan juga dikeluarkan Keputusan menteri Kesehatan Nomor 938 Tahun 2007 tentang Standar Usulan Kebidanan.

Sejarah singkat profesi kebidanan di Indonesia, berjalan sesuai dinamika perubahan sosial, perkembangan pendidikan, perkembangan dan kemajuan teknologi kedokteran dan

pengobatan, kemajuan dan pertumbuhan ekonomi, serta gaya hidup modern masyarakat. Pada masa lalu sampai dengan periode tahun 1980-an, pendidikan kebidanan setingkat SLTA, untuk menempuh pendidikan 3-4 tahun yang mendapat ijin melaksanakan pendidikan kebidanan adalah rumah sakit besar atau yang memiliki fasilitas lengkap di bidang kebidanan, termasuk staf pengajarnya.

Sesuai perjalanan waktu, ternyata pendidikan kebidanan yang semula hanya dipersyaratkan berijazah SLTP, dalam kenyataannya cukup banyak yang berijazah SLTA. Dalam perkembangan kemudian, untuk mengejar aspek profesionalisme dan kematangan berfikir serta bersikap tindak karena profesi bidan adalah mandiri, pendidikan kebidanan ditingkatkan menjadi Program D.III.

Dari aspek peningkatan pendidikan kebidanan menjadi setingkat D.III, merupakan hal yang wajar. Namun dalam aspek profesionalisme, tidak dengan sendirinya bidan yang lulus dari program D.III secara otomatis sama di seluruh Indonesia. Semuanya tergantung dari kepedulian, keseriusan lembaga pendidikan kebidanan pengawasan dari institusi yang terkait, serta pribadi-pribadi bidan itu sendiri.

Dalam menjalankan profesinya, bidan berwenang memberikan pelayanan yang meliputi :

- a) Pelayanan kebidanan;
- b) Pelayanan keluarga berencana;
- c) Pelayanan kesehatan masyarakat.

(Kepmenkes Nomor 900 Tahun 2002)

Secara khusus pelayanan tersebut dilakukan pada ibu pada masa pra-nikah, pra-hamil, masa kehamilan, masa persalinan, masa nifas, menyusui, dan masa antara (periode interval), pada anak sejak lahir sampai dengan pra-sekolah.

Sebagai suatu fenomena social, profesi kebidanan juga ditentukan oleh masyarakat yang membutuhkan pelayanan

kesehatan lainnya. Keterbatasan warga masyarakat utamanya di bidang ekonomi, dan pengetahuan kesehatan, menyebabkan mereka juga berobat pada bidan untuk penyakit-penyakit lainnya. Dan bidan tidak kuasa menolak kehadiran pasien yang demikian ini. Keadaan ini sudah berlangsung lama dan terus menerus terjadi bahkan di wilayah yang sesungguhnya telah tersedia Puskesmas bahkan praktik dokter selama 24 jam. Bahkan tidak jarang dalam praktek kebidanan yang tidak sesuai dengan kompetensinya misalnya mengobati pasien laki-laki yang sengaja minta pertolongan pada saat praktek kebidanan, dan tidak bias ditolak.

Sebagai fenomena khusus, mulai terlihat adanya bidan yang melakukan praktik mandiri, dengan cepat mengurus pasien/ibu yang akan melahirkan pada dokter ahli kandungan untuk diadakan pembedahan/cesar. Keadaan ini dapat diindikasikan ada yang menempuh jalan pintas, yaitu bidan tidak sabar untuk menolong persalinan secara wajar. Disamping itu juga, dapat berakibat memberatkan biaya pasien dan/atau keluarganya.

c. Tenaga Farmasi

Pembatasan pengkajian hukum yang diantaranya menyangkut tenaga farmasi, beranjak dari tenaga kesehatan yang sangat mudah ditemui di seluruh pelosok tanah air dan wilayah hukum Indonesia, menyangkut farmasi. Bahkan produk-produk farmasi, baik berupa obat-obatan dan peralatan kesehatan lainnya, semakin mudah diperoleh di berbagai tempat.

Sejarah pendidikan tenaga farmasi, sebagai bagian tidak terpisahkan dari tenaga kesehatan, tidak ada perubahan yang signifikan. Persyaratan untuk menjadi tenaga asisten apoteker harus melalui saringan yang ketat, dengan berijazah SLTP, dan nilai-nilai matematika harus tinggi. Demikian pula halnya dalam

Stara S1 dan S2 pendidikan farmasi tetap melakukan seleksi yang sangat ketat baik terhadap nilai akademis dari para calon, serta persyaratan kesehatan lainnya. Risiko yang sangat tinggi bagi profesi tenaga farmasi menyangkut keselamatan dan kesehatan pasien serta warga masyarakat luas, menyebabkan informasi tentang tenaga farmasi beserta organisasi profesi kode etik, menjadi sangat terbatas. Walaupun demikian, aspek pembinaan dan pembinaan berjalan sesuai dengan sistem yang berlaku.

Selama proses pendidikan, biasanya selalu diseleksi secara alami sehingga bagi yang nilai akademisnya rendah, otomatis mereka akan berhwenti di tengah jalan. Pada jenjang keserjanaan, tenaga farmasi, adalah mereka yang masuk dalam fakultas farmasi. Dan sampai saat ini, masih sangat terbatas jumlah fakultas farmasi di pendidikan tinggi negeri. Keterbatasan Fakultas farmasi di universitas negeri, tentu saja juga terbatas pula fakultas farmasi di universitas swasta lainnya di Indonesia.

Dalam perspektif keilmuan, sangat terbatasnya pendidikan farmasi di tingkat universitas, disamping proses seleksi yangs sangat ketat, juga untuk menjaga kualitas lulusan sarjana farmasi, yang terus menerus dipertahankan sepanjang masa. Disamping itu, instansi pendukung seperti laboratorium dan peralatannya untuk menghasilkan tenaga farmasi yang professional, juga sangat mahal dan terbatas.

Dalam perkembangan sekarang, tenaga farmasi di berbagai apotik dan toko obat, mulai melakukan penjualan obat yang seharusnya melalui resep, secara bebas. Warga masyarakat sangat diuntungkan dengan keadaan ini. Namun warga masyarakat sesungguhnya dirugikan dengan adanya penjualan obat yang secara bebas, karena menyangkut dosis, resistensi obat dan bahaya-bahaya yang lain.

Sesuai kode etik, standard profesi dan peraturan perundang-undangan yang ada, apoteker bekerja sesuai kompetensinya. Saat ini semakin banyak ditemui apoteker langsung memberikan obat, walaupun tanpa resep dokter, meskipun ada buku panduan terhadap penyakit tertentu dari Dirjenbinfar.

B. Aspek Hukum

Tenaga kesehatan yang tercakup dalam pengkajian ini, berkenaan bahwa Indonesia adalah Negara hukum, sudah barang tentu, semua sikap dan tindak dalam menjalankan profesinya, harus berdasarkan hukum atau peraturan perundang-undangan yang berlaku. Disamping itu, dalam rangka memberikan perlindungan hukum pada saat menjalankan profesinya, hukum, juga selalu dan harus melihat standard profesi, kode etik, dan dalam keadaan bagaimana tenaga kesehatan tersebut dalam bersikap tindak.

1. Pidana

Secara umum, dalam aspek hukum tentang tenaga kesehatan, sesuai perkembangan hukum di Indonesia, diantaranya adalah beberapa pasal dalam KUHP, yaitu pasal 263, 267, 294 ayat (2), 249, 304, 322, 344, 347, 348, 349, 351, 359, 360, 361, 531.

Penafsiran dan penerapan pasal-pasal tersebut, harus dilakukan secara ekstra hati-hati, professional, dan melalui pendapat pakar di bidang kedokteran dan kesehatan lainnya, apakah sesuai dan selaras standard profesi. Apakah memenuhi unsur kelalaian dan kesalahan atau tidak. Ataupun memang keadaan umum pasien yang sudah tidak ada harapan.

2. Perdata

Menurut hukum perdata, dalam pertanggungjawaban perdata profesi tenaga kesehatan, diatur dalam pasal 1365, 1366 dan 1367

KUHPerdata. Tenaga medis, tenaga keperawatan, dan tenaga farmasi, dapat dipertanggungjawabkan sesuai pasal-pasal tersebut.

Pada pasal 1365 KUHPerdata menyebutkan bahwa “Tiap perbuatan melanggar hukum, yang membawa kerugian kepada orang lain, mewajibkan orang yang karena salahnya menerbitkan kesalahan itu, mengganti kerugian tersebut”.

Pada pasal 1366 KUHPerdata menyebutkan “Setiap orang bertanggung jawab tidak saja untuk kerugian yang disebabkan karena perbuatannya, tetapi juga untuk kerugian yang disebabkan karena kelalaian atau kurang hati-hatinya”.

Pada pasal 1367 KUHP “Seseorang harus memberikan pertanggung-jawaban tidak hanya atas kerugian yang ditimbulkan dan tindakannya sendiri, tetapi juga atas kerugian yang ditimbulkan dari tindakan orang lain yang berada di bawah pengawasannya.

3. Administratif

Sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari aspek hukum pidana, dan hukum perdata, aspek administratif dari pembinaan dan pengawasan tenaga kesehatan dalam menjalankan profesinya, merupakan suatu kelengkapan yang sangat komprehensif.

Bagi tenaga kesehatan yang masuk dalam struktur kepegawaian Negara, berlaku peraturan perundang-undangan pegawai negeri. Demikian pula tenaga kesehatan yang masuk dalam struktur TNI/POLRI, berlaku peraturan perundang-undangan yang ada, baik Undang-undang Nomor 34 Tahun 2004 tentang TNI. Khusus bagi tenaga kesehatan yang bekerja di sektor swasta, berlaku ketentuan yang berlaku di berbagai jenis pelayanan kesehatan swasta. Namun yang pasti, kode etik profesi, standard profesi, dan berbagai hal yang berkaitan dengan profesi, selalu mengikat tenaga kesehatan di berbagai bidang profesi, baik di sektor pemerintahan maupun swasta.

Untuk pengaturan khusus di bidang kesehatan dan berbagai profesi serta alat perlengkapannya, sejalan dengan prinsip Negara

hukum di Indonesia sesuai dengan Undang-undang dasar 1945, yang di dalamnya terdapat pancasila serta melekat, perlindungan hak asasi manusia (HAM), telah diundangkan Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, yang merevisi Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 dan Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Disamping itu, cukup banyak pula peraturan perundang-undangan yang terkait baik secara langsung dan tidak langsung dengan profesi kesehatan.

Adapun ketentuan yang terdapat dalam Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004, diantaranya dapat dilihat pada pasal 2. Praktik kedokteran dilaksanakan berasaskan Pancasila dan disesuaikan pada nilai ilmiah, manfaat, keadilan, kemanusiaan, keseimbangan, serta perlindungan dan keselamatan pasien.

Pasal 3 Pengaturan praktik kesehatan bertujuan untuk :

- a. Memberikan perlindungan kepada pasien;
- b. Mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan medis yang diberikan oleh dokter dan dokter gigi; dan
- c. Memberikan kepastian hukum kepada masyarakat, dokter dan dokter gigi.

Sedangkan menurut Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009, dapat diutarakan pada pasal 2 pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan berasaskan perikemanusiaan, keseimbangan, manfaat, perlindungan, penghormatan terhadap hak dan kewajiban keadilan gender dan non-diskriminatif dan norma-norma agama.

Tentang tenaga kesehatan, diatur dalam :

Pasal 21

- (1) Pemerintah mengatur perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, pembinaan, dan pengawasan mutu tenaga kesehatan dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan;

- (2) Ketentuan mengenai perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, pembinaan, dan pengawasan mutu tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dalam Peraturan pemerintah;
- (3) Ketentuan mengenai tenaga kesehatan diatur dengan Undang-undang.

Pasal 22

- (1) Tenaga kesehatan harus memiliki kualifikasi minimum;
- (2) Ketentuan mengenai kualifikasi minimum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan pemerintah.

Pasal 23

- (1) Tenaga kesehatan berwenang untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan;
- (2) Kewenangan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat b(1) dilakukan sesuai dengan bidang keahlian yang dimiliki.
- (3) Dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan tenaga kesehatan wajib memiliki izin dari pemerintah;
- (4) Selama memberikan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilarang mengutamakan kepentingan yang bernilai materi;
- (5) Ketentuan mengenai perizinan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diatur dalam Peraturan Menteri.

Pasal 24

- (1) Tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23 harus memenuhi ketentuan kode etik, standar profesi, hak pengguna kesehatan, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional;
- (2) Ketentuan mengenai kode etik dan standar profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur oleh organisasi profesi;
- (3) Ketentuan mengenai hak pengguna pelayanan kesehatan, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional

sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan menteri.

Pasal 25

- (1) Pengadaan dan peningkatan mutu tenaga kesehatan diselenggarakan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan/atau masyarakat melalui pendidikan dan/atau pelatihan;
- (2) Penyelenggaraan pendidikan dan/atau pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menjadi tanggung jawab pemerintah dan pemerintah daerah;
- (3) Ketentuan mengenai penyelenggaraan pendidikan dan/atau pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diatur dalam Peraturan Pemerintah.

Pasal 26

- (1) Pemerintah mengatur penempatan tenaga kesehatan untuk pemerataan pelayanan kesehatan;
- (2) Pemerintah daerah dapat mengadakan dan mendayagunakan tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan daerahnya;
- (3) Pengadaan dan pendayagunaan tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan dengan memperhatikan :
 - a. Jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat;
 - b. Jumlah sarana pelayanan kesehatan; dan
 - c. Jumlah tenaga kesehatan sesuai dengan beban kerja pelayanan kesehatan yang ada.
- (4) Penempatan tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan tetap memperhatikan hak tenaga kesehatan dan hak masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang merata;
- (5) Ketentuan lebih lanjut mengenai penempatan tenaga kesehatan diatur dalam Peraturan pemerintah.

Pasal 27

- (1) Tenaga kesehatan berhak mendapatkan imbalan dan perlindungan hukum dalam melaksanakan tugas sesuai dengan profesinya;
- (2) Tenaga kesehatan dalam melaksanakan tugasnya berkewajiban mengembangkan dan meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan yang dimiliki;
- (3) Ketentuan mengenai hak dan kewajiban tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diatur dalam Peraturan pemerintah.

Pasal 28

- (1) Untuk kepentingan hukum, tenaga kesehatan wajib melakukan pemeriksaan kesehatan atas permintaan penegak hukum dengan biaya ditanggung oleh Negara;
- (2) Pemeriksaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) didasarkan pada kompetensi dan kewenangan sesuai dengan bidang keilmuan yang dimiliki.

Pasal 29

Dalam hal tenaga kesehatan diduga melakukan kelalaian dalam menjalankan profesinya, kelalaian tersebut harus diselesaikan terlebih dahulu melalui mediasi.

Adapun ketentuan yang terdapat dalam Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 antara lain sebagai berikut :

Pasal 2

Rumah Sakit diselenggarakan berasaskan Pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial.

Pasal 3

Pengaturan penyelenggaraan rumah sakit berfungsi :

- a. Mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan;

- b. Memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit;
- c. Meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit; dan
- d. Memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit, dan rumah sakit.

Pasal 4

Rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna.

Pasal 12

- (1) Persyaratan sumber daya manusia sebagaimana dimaksud dalam pasal 7 ayat (1) yaitu Rumah sakit harus memiliki tenaga tetap yang meliputi tenaga medis dan penunjang medis, tenaga keperawatan, tenaga kefarmasian, tenaga manajemen rumah sakit, dan tenaga non kesehatan;
- (2) Jumlah dan jenis sumber daya manusia sebagaimana dimaksud padaq ayat (1) harus sesuai dengan jenis dan klasifikasi rumah sakit;
- (3) Rumah sakit harus memiliki data ketenagaan yang melakukan praktik atau pekerjaan dalam penyelenggaraan rumah sakit;
- (4) Rumah sakit dapat mempekerjakan tenaga tidak tetap dan konsultan sesuai kebutuhan dan kemampuan sesuai dengan ketentuan peraturan perundangan.

Pasal 13

- (1) Tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran di rumah sakit wajib memiliki Surat izin Praktik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- (2) Tenaga kesehatan tertentu yang bekerja di rumah sakit wajib memiliki izin sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- (3) Setiap tenaga kesehatan yang bekerja di rumah sakit harus bekerja sesuai dngan standar profesi, standar pelayanan rumah sakit, standar prosedur operasional yang berlaku, etika profesi,

menghormati hak pasien dan mengutamakan keselamatan pasien;

- (4) Ketentuan mengenai ketentuan medis dan tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 14

- (1) Rumah sakit dapat mempekerjakan tenaga kesehatan asing sesuai dengan kebutuhan pelayanan;
- (2) Pendayagunaan tenaga kesehatan asing sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya dilakukan dengan mempertimbangkan kepentingan alih teknologi dan ilmu pengetahuan serta ketersediaan tenaga kesehatan setempat.

Menurut Soehardjo Martoatmodjo (2010), 157-158) rumah sakit adalah merupakan pelayanan kesehatan rujukan, artinya pelayanan rumah sakit tipe dan tingkat apapun utamanya melayani rujukan dari berbagai bentuk pelayanan primer atau pelayanan kesehatan dasar seperti Puskesmas, klinik, dokter praktik swasta, dan sebagainya. Pelayanan primer yang dilakukan oleh rumah sakit biasanya dilakukan untuk penderita gawat darurat (emergency) atau pada bagian rawat jalan (out patient).

1. Berdasarkan jenis penyakit atau masalah kesehatan penderita, rumah sakit dibedakan menjadi :
 - a. Rumah Sakit Umum (RSU).

Rumah sakit yang melayani segala jenis masalah kesehatan atau penyakit dari masyarakat.
 - b. Rumah Sakit Khusus
Rumah sakit yang hanya melayani salah satu jenis masalah kesehatan atau penyakit dari masyarakat. Misalnya rumah sakit jiwa, rumah sakit kusta, rumah sakit ibu dan anak, rumah sakit jantung, dan sebagainya.
2. Rumah sakit dapat dikelompokkan berdasarkan kepemilikannya, yakni:

- a. Rumah sakit yang dikelola dan dimiliki oleh Departemen Kesehatan;
- b. Rumah sakit yang dimiliki oleh Pemerintah daerah (RSUD) :
 - RSUD Provinsi;
 - RSUD Kabupaten.
- c. Rumah sakit yang dikelola dan dimiliki oleh TNI dan POLRI :
 - RS Angkatan darat
 - RS Angkatan Laut;
 - RS Angkatan Udara, dan RS POLRI.
- d. Rumah sakit yang dikelola dan dimiliki oleh Departemen dan BUMN
 - RS Pertamina
 - RS PELNI
 - RS Perkebunan
- e. Rumah sakit yang dikelola dan dimiliki oleh Swasta :
 - RS Yayasan;
 - RS Perusahaan (PT)

Dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara berjenjang dan fungsi rujukan, rumah sakit umum dan rumah sakit khusus diklasifikasikan berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan rumah sakit.

- 3. Klasifikasi rumah sakit berdasarkan fungsi rujukan ini terdiri atas:
 - a. Rumah sakit umum kelas A;
 - b. Rumah sakit umum kelas B;
 - c. Rumah sakit umum kelas C;
 - d. Rumah sakit umum kelas D.
- 4. Klasifikasi rumah sakit khusus berdasarkan fungsi rujukan, juga terdiri atas :
 - a. Rumah sakit khusus kelas A;
 - b. Rumah sakit khusus kelas B;
 - c. Rumah sakit khusus kelas C.

C. Aspek Fasilitas

Fasilitas pelayanan kesehatan di manapun berada baik di Negara maju dan berkembang maupun di Indonesia, harus diakui tidak sama. Penggunaan teknologi canggih modern, dan penelitian-penelitian di bidang kesehatan, merupakan fenomena umum di Negara maju, dan modern. Sedangkan di Negara miskin dan Negara berkembang termasuk di Indonesia hanya sebagai pengguna dari produk-produk Negara maju.

Dari segi pelayanan kesehatan di Indonesia, tidak dapat dipungkiri adanya perbedaan ketersediaan bahkan kesenjangan di berbagai daerah. Sejak masa lalu sampai dengan sekarang, ketersediaan pelayanan kesehatan di Pulau Jawa dengan berbagai kota besar, utamanya Jakarta, Surabaya, Semarang, Yogyakarta, dan Bandung lebih lengkap dan sangat memadai jika dibandingkan daerah lain.

Bahkan kalau didata secara lebih cermat, dengan wilayah Indonesia yang terdiri dari belasan ribu pulau besar dan pulau kecil, ketersediaan pelayanan kesehatan dalam tingkatan standard masih belum merata di kabupaten/kota. Keterbatasan dana pemerintah memang sangat dimaklumi. Sedangkan sektor swasta pun tidak dapat diarahkan untuk melakukan investasi di bidang kesehatan, di suatu daerah yang menurut perhitungan mereka prospeknya tidak menguntungkan.

Sehingga, sektor swasta termasuk dari pemodal asing yang akan melakukan investasinya di bidang pelayanan kesehatan, termasuk dengan menyiapkan secara komprehensif tenaga medis, tenaga keperawatan dan tenaga farmasi.

Melalui sistem kesehatan nasional, pemerintah berusaha untuk mewujudkan kesejahteraan umum masyarakat di bidang kesehatan. Namun begitu, pemerataan pelayanan kesehatan hanya menjangkau pada pembentukan/ pembangunan pusat kesehatan masyarakat, dan berbagai program yang menjangkau warga masyarakat miskin/kurang mampu.

Berkenaan pelaksanaan otonomi daerah sejak Undang-undang Nomor 22 Tahun 1999 jo Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004, bidang kesehatan termasuk bidang yang didesentralisasikan, urusan kesehatan menjadi tanggung jawab dan kewenangan pemerintah daerah kabupaten/

kota. Sedangkan propinsi dalam tingkatan koordinasi yang sifatnya pasif. Sementara untuk tingkatan Rumah sakit Umum Pusat seperti RSUP Cipto Mangunkusumo, RSUP Dr. Sardjito, RSUP dr. Karyadi, RSUP Hasan Sadikin masih dikelola oleh pemerintah Pusat walaupun bentuknya sudah sebagai badan pelayanan Umum (BLU).

Dengan adanya otonomi daerah tersebut, urusan kesehatan secara mutlak diserahkan pada daerah, utamanya melalui persetujuan dan kebersamaan Pemerintah Daerah dan DPRD. Sehingga aspek fasilitasi pelayanan kesehatan baik sarana dan prasarannya, termasuk sumber daya manusia sangat tergantung pada kebijakan pemerintah daerah. Keadaan ini bisa berakibat baik dan mendekatkan pelayanan kesehatan yang optimal pada masyarakat di daerah. Namun sebaliknya bisa terjadi jika daerah tersebut dananya kecil dan terbatas, terlebih lagi jika pemerintah daerah kurang mementingkan masyarakat.

Bagi tenaga kesehatan yang bertugas ataupun melakukan profesinya secara mandiri, fasilitas yang dipergunakannya sudah barang tentu sesuai kemampuan dari masing-masing individu. Bagi tenaga medis, dokter, dan dokter gigi, praktik secara mandiri lazim lazim dilakukan. Dari aspek pembinaan dan pengawasan, tergantung pada organisasi profesi, dan institusi kesehatan di wilayah masing-masing. Walaupun begitu, masyarakat pengguna/pasien juga dapat melakukan pengawasan melalui apa yang dilakukan dari tindakan dokter tersebut, kemudian melaporkan kepada pihak-pihak terkait.

Sementara itu bagi tenaga keperawatan, praktik secara mandiri dengan fasilitas yang terbatas, dapat dimungkinkan berlangsung selama ada ijin dan pengawasan dari Dinas Kesehatan, dan dokternya sebagai suatu kenyataan, terkadang tenaga keperawatan di daerah-daerah, ada yang melaksanakan perizinan, dan ada pula yang karena ketidak-tahuan berkenaan yang bersangkutan sudah pensiun dari PNS, tetap melakukan praktik secara mandiri, karena didesak oleh warga masyarakat yang memerlukan pertolongan. Aspek pengawasan seharusnya berjalan, namun sangat tergantung pada konsistensi jajaran dinas kesehatan setempat.

BAB IV KEBEBASAN DAN TANGGUNG JAWAB PROFESI

A. Tenaga Medis

Profesi dokter, disamping sebagai profesi mulia karena menyangkut penyelamatan dan upaya pemulihan kesehatan, juga dibarengi model dan bentuk pertanggung jawaban, berkenaan dengan apa yang diperbuat serta apa yang tidak diperbuat. Khusus profesi dokter gigi, agak berbeda dengan profesi dokter. Dokter gigi dalam melaksanakan profesinya bersikap menunggu atau pasif terhadap pasien dan keluarga yang memerlukan pertolongannya. Sementara itu profesi dokter adalah bersikap selalu responsive dan reaksi cepat terhadap pasien yang memerlukan pertolongannya sesuai keadaan umum pasien tersebut.

Pada unit gawat darurat yang terbuka selama 24 jam, baik pada rumah sakit umum maupun rumah sakit swasta, selalu memberikan pertolongan baik pada kecelakaan, juga memberikan pertolongan lain pada pasien gawat darurat seperti muntaber, serangan jantung, percobaan bunuh diri, penganiayaan ringan sampai penganiayaan berat, baik yang diantar oleh keluarganya maupun oleh orang lain/Polri yang berinisiatif menolong.

Kecepatan tindakan dokter dalam menangani pasien yang keadaan umumnya kritis, dapat menolong dan memulihkan kondisi pasien. Sebaliknya jika terjadi kelambatan ataupun pembiaran terhadap pasien yang sudah dalam keadaan gawat darurat, dapat terjadi kecacatan total pada pasien ataupun justru terjadi meninggal dunia. Dari aspek profesi, kebebasan dokter dengan dasar keilmuan dan profesi untuk melakukan tindakan medis terhadap pasien yang pada kondisi gawat darurat, adalah bersifat independen.

Keadaan gawat darurat atau sering disebut sebagai “emergency” yang menjadi tolok ukur profesi dokter, menurut literature di luar negeri terdapat 4 (empat) macam keadaan (J. Guwandi), yaitu :

1. Pasien dalam keadaan shock;
2. Terdapat perdarahan (haemorrhage);
3. Patah tulang (fractures);
4. Kesakitan (pains).

Dikatakan lebih lanjut bahwa apabila seorang pasien di bawah ke unit gawat darurat, maka persetujuannya untuk mengambil tindakan medis dianggap sudah diberikan (implied). Di Negara kita hanya rumah sakit pemerintah yang berani melakukannya.

Kompleksitas profesi dokter di Indonesia karena profesi dokter berkorelasi erat dengan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan. Dan juga, berkenaan dengan kemajuan dan teknologi kedokteran, yang berakibat mahal biaya kesehatan, serta ketidakmampuan pasien untuk membiayai pengobatannya, menjadikan kebebasan dokter terkendala dan dilematis.

Disamping dokter melakukan kebebasannya, namun pada saat yang bersamaan, pasien juga tetap mendapat perlindungan termasuk perlindungan hukumnya. Secara teoritis dalam menemukan pasien yang emergency, dan tidak ada keluarganya, dokter secara otomatis langsung mengambil tindakan. Factor biaya, dan resiko sudah diperhitungkan dengan cermat. Namun dalam pelaksanaannya, tindakan demikian tidak terjadi, di tengah kehidupan masyarakat kita yang semakin terlelap dengan prinsip-prinsip ekonomis.

Suatu tindakan kebebasan dokter terhadap pasien, dimungkinkan terjadi pada saat adanya kecelakaan apapun bentuk dan jenisnya, yang lokasinya sangat jauh dari domisili korban, dan tidak dimungkinkan keluarga korban dapat menolong dalam waktu yang cepat. Bahkan kedatangan keluarga korban ke lokasi, bila lebih dari 1 (satu) hari. Sehingga dapat dipastikan dokter mempunyai kebebasan penuh dalam melakukan tindakannya.

Kebebasan penuh dokter tersebut, bisa jadi tidak bersifat mutlak. Keadaan ini dapat terjadi apabila korban ternyata masih sadar, dan stabil, serta berkeberatan terhadap upaya dokter untuk melakukan tindakan terhadapnya. Walaupun tentu saja dalam menghadapi situasi dan kondisi

demikian, dokter telah memberikan keterangan dan penjelasan secara panjang lebar terhadap pasien, yang dikenal dengan informed consent.

Berkenaan kebebasan dokter, menjadi lebih menarik apabila dokter tersebut, bertindak dalam suatu tim. Tentu saja, kebebasan ini merupakan hasil kesepakatan tim untuk melakukan tindakan sesuatu ataupun tidak melakukan tindakan sesuatu pada pasien.

Menurut pasal 45 Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran dinyatakan bahwa :

- (1) Setiap tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan oleh dokter atau dokter gigi terhadap pasien harus mendapat kesepakatan;
- (2) Persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan setelah pasien mendapat penjelasan secara lengkap;
- (3) Penjelasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sekurang-kurangnya mencakup:
 - a. Diagnosis dan tata cara tindakan medis;
 - b. Tujuan tindakan medis yang dilakukan;
 - c. Alternative tindakan lain dan risikonya;
 - d. Risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi;
 - e. Prognosis terhadap tindakan yang dilakukan.
- (4) Persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat diberikan baik secara tertulis maupun lisan;
- (5) Setiap tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang mengandung risiko tinggi harus diberikan dengan persetujuan tertulis yang ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan;
- (6) Ketentuan mengenai tata cara persetujuan tindakan kedokteran atau kedokteran gigi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), ayat (3), ayat (4), dan ayat (5) diatur dengan Peraturan Menteri.

Pada penjelasan pasal 45 ayat (1), pada prinsipnya yang berhak memberikan persetujuan atau penolakan tindakan medis adalah pasien yang bersangkutan. Namun apabila pasien yang bersangkutan berada dibawah pengampuan (under care) persetujuan atau penolakan

persetujuan tindakan medis dapat diberikan oleh keluarga terdekat antara lain suami/isteri, ayah/ibu kandung, anak-anak kandung atau saudara-saudara kandung.

Dalam keadaan gawat darurat, untuk menyelamatkan jiwa pasien tidak diperlukan persetujuan. Namun setelah pasien sadar atau dalam kondisi yang sudah memungkinkan, segera diberikan penjelasan dan dibuat persetujuan. Dalam hal pasien adalah anak-anak atau orang yang tidak sadar, maka penjelasan diberikan kepada keluarganya atau yang mengantar. Apabila tidak ada yang mengantar dan tidak ada keluarganya, sedangkan tindakan medis harus dilakukan, maka penjelasan diberikan kepada anak yang bersangkutan atau pada kesempatan pertama pasien sudah sadar.

Suatu keterkaitan antara kebebasan dan tanggung jawab pasien, paling tidak juga berkenaan kelalaian dokter atau risiko pasien. J Guwandi menjelaskan di dalam kepustakaan hukum kedokteran dapat dibedakan antara risiko pasien dan kelalaian (negligency) yang dapat dimintakan pertanggung jawaban kepada dokter. Risiko yang ditanggung pasien ada 3 macam bentuknya :

1. Kecelakaan (accident, miskap, misad venture);
2. Risiko tindakan medis (risk of treatment);
3. Kesalahan penilaian (error of judgement).

Dapat dikatakan bahwa masalah hukum kedokteran 80% berkisar pada penilaian dan penaksiran, bila terdapat kelalaian dokter sehingga dapat dimintakan pertanggung jawabannya bila risiko tersebut harus dipikul oleh pasiennya sendiri. Di dalam hukum kedokteran dikatakan bahwa tindakan dokter itu harus memenuhi standar medis, dalam arti bahwa dia harus bekerja dengan teliti, hati-hati, tidak sembarangan dan menurut prosedur yang lazim dan setelah mendapat izin dari pasiennya (informed consent).

Berkenaan dengan era globalisasi yang sudah lama menjangkau profesi kedokteran dan keperawatan di seluruh dunia, termasuk di Indonesia, rahasia medis di Indonesia sudah diatur dan ditegaskan dalam Permenkes Nomor 69/Menkes/4/2008. Dengan memanfaatkan dan

memanipulasi kepentingan WHO (World Health Organization), lembaga peneliti asing meminta data-data rekam medis secara lengkap dari Indonesia melalui Kementerian Kesehatan, yang akhirnya memanfaatkan data tersebut untuk mencari temuan obat/vaksin yang sangat mahal harganya.

B. Tenaga Keperawatan dan Kebidanan

Profesi keperawatan merupakan unsur supporting yang bersifat permanen dan terus menerus menunjang profesi kedokteran. Dengan dibekali pendidikan dan pengetahuan yang standard an terus menerus dilatih danberlatih dari bidang kesehatan tertentu, profesi perawat tidak mungkin ditinggalkan oleh dokter.

Di dalam rumah sakit, dokter tidak dapat bekerja tanpa perawat. Sebaliknya perawat juga tidak berwenang melakukan tindakan dan inisiatif sendiri kecuali dalama spek-aspek tertentu yang bersifat umum dan memang termasuk bidang keperawatan (nursing care). Namun dalam kenyataannya mudah ditemui yang sesungguhnya tercakup bidang profesi dokter, namun justyru dilakukan perawat karena memang telah didelegasikan kepada perawat misalnya pemberian injeksi/suntikan, pemasangan infuse, dan sebagainya.

Keadaan ini tentu akan sangat berbeda, apabila melihat dan memperhatikan profesi perawat di daerah-daerah, apalagi daerah terpencil yang sulit terjangkau dari transportasi, penerangan, sarana dan prasarana kesehatan yang kurang, dan tenaga dokter yang terkadang juga tidak ada. Disini profesi perawat adalah identik dengan profesi dokter, minus tanpa tindakan operasi besar, menentukan diagnose, membuat dan memerintahkan pemeriksaan rujukan lanjutan, serta tidak berhak melakukan berbagai administrasi kedokteran lainnya.

Kebebasan profesi perawat adalah sesuai instruksi yang diberikan dokter secara tertulis dalam status list pasien. Problematikanya, bisa jadi instruksi dokter tersebut diberikan oleh dokter spesialis secara lisan atau melalui telepon berkenaan keadaan umum pasien dari dokter spesialis tersebut dalam keadaan emergency. Hal mana berkenaan dokter tersebut

berada di luar jangkauannya. Apabila telepon dan pendengaran perawat jelas, serta perintah/instruksi dokter tersebut jelas dan pasti, tentu tidak ada masalah; namun kalau instruksi tersebut kurang jelas dan sulit dikonfirmasi, tentu menjadi repot kalau terjadi kemunduran atau kefatalan pada pasien.

Dari tanggung jawab profesi, posisi perawat dilindungi apabila perawat hanya melakukan tindakan sesuai perintah dokter. Dan dalam mekanismenya selalu hati-hati, teliti, serta dalam keadaan ruangan yang terang serta tenang tanpa intervensi dari pihak manapun. Hal ini tentu berbeda apabila perawat tersebut melakukan praktik secara mandiri, walaupun secara administratif dibawah pengawasan dokter, serta mempunyai izin dari Dinas Kesehatan. Kebebasan melakukan tindakan yang dipastikan berdasarkan keyakinan dan pengalaman selama menjadi perawat, dan juga dilakukan secara hati-hati serta teliti, tetap dapat dipertanggung jawabkan secara hukum apabila terjadi misalnya malpraktik.

Di tengah keterbatasan jumlah perawat yang berprofesi di dalam unit pelayanan kesehatan sampai dengan di rumah sakit pemerintah, baik rumah sakit umum pusat sampai dengan rumah sakit umum daerah, rumah sakit khusus, dan pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas), lulusan pendidikan keperawatan dari jenjang SMK sampai magister mencapai 24000 -25000 orang per tahun. Namun hanya 4 – 10 persen diantara mereka yang terserap pasar kerja di lembaga kesehatan pemerintah dan swasta. Randahnya daya serap lulusan pendidikan keperawatan merupakan imbas terbatasnya anggaran pemerintah. Sebagian perawat yang tidak tertampung kemudian menuadi perawat di luar negeri atau menjadi pegawai honorer di sejumlah rumah sakit dan Puskesmas pemerintah. Bahkan ada sejumlah perawat di beberapa kabupaten di sejumlah propinsi menjadi tenaga sukarela yang tidak digaji. (Kompas, Sabtu, 3 Desember 2011).

Sementara itu, profesi kebidanan yang berada di suatu rumah sakit atau rumah sakit bersalin merupakan profesi yang mandiri, sekaligus dilindungi oleh dokter ahli kandungan yang ada. Segala upaya bidan untuk

menolong persalinan secara normal di rumah sakit atau rumah sakit bersalin, adalah proporsional.

Dokter ahli kandungan akan langsung merespon dan melakukan tindakan terhadap pasien yang akan melahirkan secara abnormal, misalnya tindakan cesar, ataupun melalui forcep. Jika dokter ahli kandungan berhalangan, sejak awal akan memerintahkan bidan untuk merujuk pasien pada rumah sakit yang lebih siap dan mandiri, serta ada dokter ahli kandungan.

Khusus bidan yang melakukan praktik secara mandiri, sejak awal dengan berijazah bidan dan kemudian mengurus ijin praktik, secara otomatis dapat langsung berprofesi secara mandiri. Dari aspek kebebasan profesi, bidan mempunyai keleluasaan dalam menangani persalinan. Dengan profesionalisme yang ada, sejak pra-kehamilan, bidan sudah mengetahui sejauhmana riwayat dari ibu yang akan melahirkan beserta posisi/letak bayinya. Sehingga, kalau sudah diketahui sejak awal tentang ibu yang hamil, bidan langsung bisa mengatakan siap ataupun menyarankan konsul ke dokter ahli kandungan atau ke rumah sakit untuk diadakan tindakan cesar. Dari aspek ini terlihat profesi bidan berisiko tidak terlalu rumit atau mendapat perlindungan hukum yang memadai jika dibandingkan perawat yang melakukan praktik secara mandiri.

C. Tenaga Farmasi

Profesi tenaga farmasi selalu taat asas, teliti dan hati-hati setiap bersikap tindak. Tenaga farmasi selalu berdasarkan rumusan-rumusan, serta dalil-dalil yang baku, setelah melalui penelitian yang cermat, terbuka, dan telah melalui proses penggunaan obat secara universal.

Dari aspek kebebasan profesi, tenaga farmasi, tidak diberikan kebebasan menurut perkiraan mereka sendiri. Semuanya serba terukur, sesuai standar yang bersifat universal dan juga ada ketentuan tentang masa berlakunya.

Perubahan dan pencampuran komposisi obat yang telah lama diberlakukan, bisa dihentikan atau dilarang kalau berdasarkan hasil penelitian utamanya di berbagai Negara yang sudah maju dan modern

dengan budaya penelitian obat yang sudah diakui oleh organisasi kesehatan sedunia (World Health Organization) WHO.

Dalam profesi sehari-hari yang dilakukan di apotik, tenaga farmasi dilarang mengganti obat dari dokter yang memberikan resep. Kecuali obat tersebut sama dan dari pabrik/produsen yang berbeda. Dalam hal tenaga farmasi tersebut ragu terhadap penulisan resep dokter, baik menyangkut kemungkinan pemberian resep dokter ternyata pada jenis obat yang sama, dan hanya produsennya berbeda, tenaga farmasi harus menghubungi dokter untuk menanyakan hal itu.

Khusus untuk pemberian obat jenis narkotika dengan golongan yang tinggi, dan penggunaannya harus diawasi secara ekstra ketat, tenaga farmasi dimungkinkan menanyakan langsung pada dokter yang memberikan resep ataupun mencoba mengingatkan dokter tentang resep tersebut. Karena hal ini dapat terjangkau dengan Undang-undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika. Bahkan perlu memperhatikan Undang-undang Nomor 5 Tahun 1997 tentang Psikotropika.

Berkenaan dengan semakin banyaknya produk-produk farmasi yang beredar di tengah masyarakat sesuai era perdagangan bebas, tenaga farmasi harus mencermati peredaran produk farmasi tersebut, apakah berbahaya bagi umat manusia, khususnya di Indonesia. Dan sesuai dengan profesinya, serta sebagai tanggung jawab pada masyarakat Indonesia, diharapkan merespon dan melaporkan pada pihak Badan Pengawasan Obat dan Makanan (BPOM).

Kebebasan dan tanggung jawab profesi tenaga farmasi justru dibatasi oleh tenaga farmasi sendiri. Namun berkenaan bahwa Negara Indonesia adalah sangat luas serta masih sangat banyak daerah yang tidak terjangkau pelayanan kesehatan secara minimal, tenaga farmasi menengah (lulusan asisten apotiker), terkadang sangat berperan di daerah tersebut. Sehingga, dari situasi dan kondisi yang bersifat kedaruratan, tanggung jawab tenaga farmasi dapat disimpangi. Namun harus dilihat apakah standar pelayanan minimal dan etika profesi, dapat mendukung tenaga farmasi pada waktu itu.

D. Aspek Peraturan Perundang-undangan

Tenaga kesehatan, yang dalam konteks ini dibatasi pada profesi tenaga medis (dokter, dan dokter gigi, perawat dan bidan, serta tenaga farmasi) merupakan unsur strategis dalam pelayanan kesehatan, termasuk upaya penyembuhan, pemeliharaan dan pemulihan kesehatan.

Sebagai perwujudan pengamalan Negara hukum yang mensejahterakan masyarakat (welfare state), tenaga kesehatan telah dilindungi melalui berbagai peraturan perundang-undangan. Namun demikian peraturan perundang-undangan berupa berbagai undang-undang tersebut, baik itu Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, serta beberapa undang-undang lain, belum ada peraturan pelaksanaannya berupa Peraturan Pemerintah (PP). sehingga, disamping sangat mengganggu profesi tenaga kesehatan, juga membatasi serta tidak adanya jaminan kepastian hukum.

Profesi tenaga kesehatan di Indonesia, juga tidak dapat melepaskan diri dari hal-hal yang bersifat administratif. Diantaranya berkenaan dengan diundangkannya Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, diantaranya pada :

Pasal 2

Sistem Jaminan Sosial Nasional diselenggarakan berdasarkan asas kemanusiaan, asas manfaat, dan asas keadilan social bagi seluruh rakyat Indonesia.

Pasal 19

- (1) Jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ...
- (2) Jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

Pasal 20

- (1) Peserta jaminan kesehatan adalah setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

BAB V

P E N U T U P

A. Kesimpulan

Profesi tenaga kesehatan yang dalam pengkajian hukum ini dibatasi pada tenaga medis, tenaga keperawatan, tenaga kebidanan, dan tenaga farmasi, merupakan materi yang berbeda, namun sangat berkaitan dan selalu bekerjasama dalam suatu system kesehatan nasional.

Sesuai dengan keahliannya yang berbeda dan dasar-dasar keilmuan yang diperoleh selama waktu tertentu, persyaratan tertentu, kecakapan tertentu, pengawasan dan pembinaan yang berbeda, standard profesi, dan kode etik yang berbeda, menyebabkan hak dan kewajibannya juga berbeda.

Di tengah perkembangan dan modernisasi ilmu kedokteran, ilmu keperawatan dan ilmu kebidanan, serta perkembangan kefarmasian, tenaga kesehatan di Indonesia harus selalu dan terus berprofesi dan selalu mengasah diri untuk mengejar kemajuan yang ada demi tercapainya keselamatan profesi dan keberhasilan tindakan terhadap pasien.

Hak dan kewajiban tenaga kesehatan selalu melekat dalam melakukan profesinya. Bahkan keberhasilan dan kegagalan profesi, harus mengacu pada pelaksanaan hak dan kewajiban tenaga kesehatan yang bertugas di seluruh wilayah Indonesia, dengan tingkatan pelayanan kesehatan, dan ketersediaan sarana dan prasarana yang sangat beragam. Mulai dari rumah sakit modern sangat lengkap berbagai alat kesehatannya, sampai dengan yang peralatan kesehatan minim dengan ketersediaan obat yang sangat terbatas.

Tenaga kesehatan perawat yang terkadang melakukan praktik secara mandiri, baik karena ketiadaan dokter ataupun warga masyarakat memaksa dan mendatangi untuk minta pertolongan/berobat, dapat berakibat dilematis bagi perawat khususnya apabila terjadi malpraktik ataupun kematian bagi pasiennya.

Suatu kecenderungan baru yang mulai terlihat berkenaan profesi bidan yang dengan cepat berlangsung mengirim pasien/ibu yang akan melahirkan ke dokter ahli kandungan untuk diadakan tindakan pembedahan/cesar, merupakan fenomena khusus yang sangat membebani warga masyarakat miskin/kurang mampu.

Mulai terlihatnya apotik yang melakukan penjualan obat secara bebas, berkenaan keinginan masyarakat yang memakai jalan cepat/pintas untuk pengobatannya, menunjukkan interaksi negatif antara negara, apoteker dengan masyarakat.

Dari aspek pengawasan dan pembinaan, tenaga kesehatan diawasi oleh mekanisme institusi Kementerian Kesehatan. Dan dalam rangka pelaksanaan otonomi daerah, tenaga kesehatan yang berada dalam cakupan wilayah propinsi, kabupaten/kota, pengawasan dan pembinaan dilakukan oleh Dinas Kesehatan Propinsi, Kabupaten/Kota khusus bagi tenaga kesehatan yang bertugas di lingkungan TNI dan POLRI, berlaku pengawasan dan pembinaan menurut peraturan perundang-undangan yang ada. Disamping itu, peranan organisasi profesi yang mengeluarkan standart profesi, dan kode etik juga melakukan pengawasan dan pembinaan.

Sampai saat ini berbagai peraturan pelaksanaan berupa Peraturan Pemerintah (PP), sebagai tindak lanjut Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009, dan Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009, serta undang-undang lainnya belum ada, sehingga sangat mengganggu profesi tenaga kesehatan, dan tidak adanya jaminan kepastian hukum.

B. Saran

Dari berbagai uraian yang dikemukakan diatas serta dari kesimpulan tersebut, dapat diberikan suatu saran.

1. Pelaksanaan hak dan kewajiban tenaga kesehatan utamanya dokter tidak begitu saja dapat disamaratakan. Hal ini sangat tergantung pada situasi kedaruratan (emergency) keadaan pasien, serta perbedaan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan di seluruh wilayah Indonesia. Pemberian Informed Consent, termasuk di dalamnya

perkiraan biaya, di tengah era sekarang perlu dan terus menerus dimasyarakatkan. Bagi warga masyarakat yang kurang mampu/ miskin, juga perlu dijelaskan tentang program-program GAKIN, JAMKESMAS dan lain sebagainya.

2. Tenaga keperawatan yang melakukan praktik mandiri, khususnya di daerah terpencil dan tidak ada dokter, perlu perlindungan hukum yang memadai. RUU Keperawatan yang sudah disiapkan, kiranya dapat segera dibahas di DPR.
3. Kecenderungan tenaga kebidanan untuk mengirim pasien ibu yang akan melahirkan pada dokter ahli kandungan dan melakukan cesar di berbagai daerah kota besar, perlu dilakukan pembinaan oleh organisasi profesi karena dapat membebani masyarakat yang tidak mampu.
4. Berkenaan dengan semakin mudah dan terbukanya warga masyarakat untuk mendapatkan obat di apotik, disamping sangat menguntungkan warga masyarakat, sekaligus juga merugikan masyarakat. Untuk itu mekanisme yang baku perlu dipertahankan oleh tenaga farmasi yang bertugas di apotik, sehingga terselenggara ketertiban dan kepastian profesi.
5. Untuk mengoptimalkan pelayanan kesehatan dan mendorong ketenangan dan kepastian profesi tenaga kesehatan serta kesejahteraan masyarakat, berbagai Peraturan Pemerintah (PP) yang ditegaskan dalam beberapa undang-undang, harus segera direalisasikan.

Jakarta, 09 Desember 2011

Kepada Yth
Yth. Dr. Marius Djajarta
Ketua Tim Pengkajian Hukum Tentang Hak dan Kewajiban Tenaga Kesehatan
Di
Jakarta

Dengan hormat,

Bersama ini disampaikan konsep laporan akhir **Tim Pengkajian Hukum Tentang Hak Dan Kewajiban Tenaga Kesehatan**, yang telah saya buat sesuai dengan hasil-hasil rapat.

Konsep laporan tersebut kiranya masih harus dikoreksi, ditambah ataupun mungkin dikurangi. Untuk itu mohon diberikan coretan, dan atau catatan, sehingga nantinya laporan tim ini dapat lebih baik. Menurut evaluasi saya, untuk tenaga farmasi masih terlalu sederhana. Bahan pustaka tentang tenaga farmasi beserta permasalahannya masih kurang. Sedangkan untuk memasukkan Undang-Undang Keterbukaan Informasi Publik, untuk sementara saya masih ragu, karena dalam Informed Consent dan berbagai standard/etika profesi juga sudah ada pemberian informasi.

Khusus untuk Kata Pengantar, mohon dikoreksi, dan kalau sudah dikoreksi karena hanya satu halaman, bisa langsung ditanda tangani oleh Ketua. Namun untuk isi seluruh laporan, untuk perbaikan dan pengetikannya akan dilakukan di BPHN.

Mohon maaf atas keterlambatannya konsep laporan ini, karena terkendala dengan kondisi badan saya. Sekarang sudah cukup fit.

Terima kasih,

Suharyo