

KETERAMPILAN DIAGNOSTIK DAN TERAPEUTIK KOMUNIKASI DENGAN SEJAWAT

TEKNIK KOMUNIKASI DOKTER DENGAN PROFESI LAIN YANG
TERKAIT DAN PERAN DOKTER SEBAGAI SAKSI AHLI DI PENGADILAN



**Buku Pedoman Keterampilan Klinis
Semester 7**

**FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS
SEBELAS MARET SURAKARTA 2018**

LABORATORIUM KETERAMPILAN KLINIS
KETERAMPILAN DIAGNOSTIK DAN TERAPEUTIK
KOMUNIKASI DENGAN SEJAWAT

**TEKNIK KOMUNIKASI DOKTER DENGAN PROFESI LAIN YANG
TERKAIT DAN PERAN DOKTER SEBAGAI SAKSI AHLI DI PENGADILAN**



Buku Pedoman Keterampilan Klinis

Semester 7

**FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS SEBELAS
MARET SURAKARTA 2018**

TIM PENYUSUN

1. Dian Ariningrum, dr., Sp.PK, M.Kes
2. Adji Suwandono, dr.,SH
3. Tri Agusti Sholikah, dr., M.Sc

Editor : Tri Agusti Sholikah, dr.,M.Sc

KATA PENGANTAR

Kami mengucapkan puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Kuasa, karena dengan bimbingan-Nya pada akhirnya kami dapat menyelesaikan penyusunan Buku Keterampilan Diagnostik dan Terapeutik : "Komunikasi dengan Sejawat, Teknik komunikasi dokter dengan profesi lain yang terkait dan peran dokter sebagai saksi ahli di Pengadilan" sebagai Pedoman Keterampilan Klinis bagi mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta Semester 7. Buku Pedoman Keterampilan Klinis ini disusun sebagai salah satu penunjang pelaksanaan Problem Based Learning di FK UNS.

Perubahan paradigma pendidikan kedokteran serta berkembangnya teknologi kedokteran dan meningkatnya kebutuhan masyarakat menyebabkan perlunya dilakukan perubahan dalam kurikulum pendidikan dokter khususnya kedokteran dasar di Indonesia. Seorang dokter umum dituntut untuk tidak hanya menguasai teori kedokteran, tetapi juga dituntut terampil dalam mempraktekkan teori yang diterimanya termasuk dalam melakukan Pemeriksaan Fisik dan Keterampilan Terapeutik yang benar terhadap pasiennya.

Keterampilan komunikasi dengan sejawat serta Teknik komunikasi dokter dengan profesi lain yang terkait dan peran dokter sebagai saksi ahli di Pengadilan ini dipelajari di semester VII Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta. Disusunnya buku ini kami berharap mahasiswa kedokteran lebih mudah dalam mempelajari dan memahami Komunikasi dengan sejawat serta Teknik komunikasi dokter dengan profesi lain yang terkait dan peran dokter sebagai saksi ahli di Pengadilan.

Kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu penyusunan buku ini. Kami menyadari bahwa buku ini masih banyak kekurangannya, sehingga kami sangat mengharapakan saran dan kritik yang membangun untuk perbaikan dalam penyusunan buku ini.

Terima kasih dan selamat belajar.

Surakarta, September 2018
Tim penyusun

DAFTAR ISI

Halaman Judul	ii
Tim Penyusun.....	iii
Kata Pengantar	iv
Daftar Isi.....	v
Rencana Prmbelajaran Semester	vi
Abstrak	viii
Pendahuluan.....	ix
Komunikasi dengan Sejawat.....	1
Teknik komunikasi dokter dengan profesi lain yang terkait dan peran dokter sebagai saksi ahli di Pengadilan	28



RENCANA PEMBELAJARAN SEMESTER (RPS)

PROGRAM STUDI KEDOKTERAN
 FAKULTAS KEDOKTERAN
 UNIVERSITAS SEBELAS MARET

Identitas Mata Kuliah		Identitas dan Validasi		Nama	Tanda Tangan
Kode Mata Kuliah	:	Dosen Pengembang RPS	:		
Nama Mata Kuliah	:	Sikllslab Topik Komunikasi Khusus	:		
Bobot Mata Kuliah (sks)	:	4	Koord. Kelompok Mata Kuliah	:	
Semester	:	7 (Tujuh)			
Mata Kuliah Prasyarat	:		Kepala Program Studi	:	
Capaian Pembelajaran Lulusan (CPL)					
Kode CPL		Unsur CPL			
S-2	:	Menjunjung tinggi nilai kemanusiaan dalam menjalankan tugas berdasarkan agama, moral, dan etika			
S-9	:	Menunjukkan sikap bertanggung jawab atas pekerjaan di bidang keahliannya secara mandiri			
KU-2	:	Mampu menunjukkan kinerja mandiri, bermutu dan terukur			
KU-5	:	Mampu mengambil keputusan secara tepat dalam konteks penyelesaian masalah di bidang keahliannya berdasarkan hasil analisis informasi dan data			
Bahan Kajian Keilmuan	:	Komunikasi Psikologi			
CP Mata kuliah (CPMK)	:	Mahasiswa mampu menyampaikan berita buruk kepada pasien dan keluarganya dengan benar			
Deskripsi Mata Kuliah	:	Keterampilan komunikasi berupa komunikasi dokter dengan pasien dalam menyampaikan berita buruk dan memberikan konseling			
Daftar Referensi	:	Manual Skillslab Topik Komunikasi Khusus			

Tahap	Kemampuan akhir	Materi Pokok	Referensi	Metode Pembelajaran	Pengalaman Belajar	Waktu	Penilaian*	
							Indikator/kode CPL	Teknik penilaian /bobot
1	2	3	4	5	6	7	8	9
I	Mahasiswa mampu menyampaikan berita buruk kepada pasien dan keluarganya dengan benar	Teknik komunikasi menyampaikan berita buruk kepada pasien dan keluarganya dengan benar, jenis-jenis penyakit/keadaan/situasi yang dapat berdampak buruk bagi pasien	Manual Skillslab Topik Komunikasi Khusus	Kuliah Pengantar	Kuliah interaktif	2 x 100 menit	1. Menyampaikan berita buruk kepada pasien dan keluarganya dengan benar 2. Mahasiswa mampu memberikan informed consent kepada pasien dan keluarganya dengan benar (S-2, S-9, KU-5, KU-8)	OSCE Semester/100%
II				Sesi terbimbing dan responsi	Simulasi, Demonstrasi	8 x 100 menit		
III				Kegiatan tidak terstruktur	<i>Self-directed learning</i>	10 x 100 menit		
IV				OSCE	Demonstrasi	12 x 120 menit		

*Kriteria Penilaian terlampir

Lampiran Kriteria Penilaian:

1. Checklist Penilaian

ABSTRAK

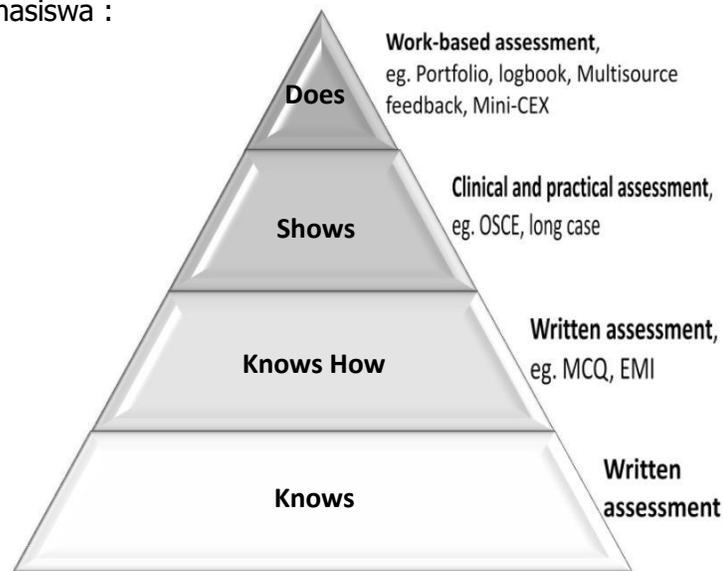
Komunikasi merupakan salah satu tema keterampilan dalam kurikulum pendidikan dokter di fk uns. Untuk mencapai kompetensi di bidang komunikasi, mahasiswa kedokteran perlu belajar melalui berbagai cara pembelajaran, antara lain dengan belajar komunikasi dengan sejawat dan Teknik komunikasi dokter dengan profesi lain yang terkait dan peran dokter sebagai saksi ahli di Pengadilan .

Pada pembelajaran ini, mahasiswa akan mempelajari bagaimana cara komunikasi dengan sejawat yang meliputi bagaimana menulis rujukan. Teknis pembelajaran dilangsungkan dengan metode belajar terbimbing dengan didampingi instruktur dan mandiri dengan belajar sendiri, serta responsi untuk mengevaluasi hasil belajar. Penilaian akhir dilakukan pada akhir semester melalui OSCE.

PENDAHULUAN

Keterampilan klinis perlu dilatihkan sejak awal hingga akhir pendidikan dokter secara berkesinambungan. Dalam melaksanakan praktik, lulusan dokter harus menguasai keterampilan klinis untuk mendiagnosis maupun melakukan penatalaksanaan masalah kesehatan. Tujuan Daftar Keterampilan Klinis ini disusun dengan tujuan untuk menjadi acuan bagi institusi pendidikan dokter dalam menyiapkan sumber daya yang berkaitan dengan keterampilan minimal yang harus dikuasai oleh lulusan dokter layanan primer. Sistematika Daftar Keterampilan Klinis dikelompokkan menurut sistem tubuh manusia untuk menghindari pengulangan. Pada setiap keterampilan klinis ditetapkan tingkat kemampuan yang harus dicapai di akhir pendidikan dokter dengan menggunakan Piramid Miller (knows, knows how, shows, does).

Berikut ini pembagian tingkat kemampuan menurut Piramida Miller serta alternatif cara mengujinya pada mahasiswa :



Sumber: Miller(1990), Shumway and Harden(2003)

Tingkat kemampuan 1 (*Knows*) : Mengetahui dan menjelaskan

Lulusan dokter mampu menguasai pengetahuan teoritis termasuk aspek biomedik dan psikososial keterampilan tersebut sehingga dapat menjelaskan kepada pasien/ klien dan keluarganya, teman sejawat, serta profesi lainnya tentang prinsip, indikasi, dan komplikasi yang mungkin timbul. Keterampilan ini dapat dicapai mahasiswa melalui perkuliahan, diskusi, penugasan, dan belajar mandiri, sedangkan penilaiannya dapat menggunakan ujian tulis.

Tingkat Kemampuan 2 (Knows How) : Pernah melihat atau didemonstrasikan

Lulusan dokter menguasai pengetahuan teoritis dari keterampilan ini dengan penekanan pada clinical reasoning dan problem solving serta berkesempatan untuk melihat dan mengamati keterampilan tersebut dalam bentuk demonstrasi atau pelaksanaan langsung pada pasien/ masyarakat. Pengujian keterampilan tingkat kemampuan 2 dengan menggunakan ujian tulis pilihan berganda atau penyelesaian kasus secara tertulis dan/ atau lisan (oral test)

Tingkat kemampuan 3 (Shows): Pernah melakukan atau pernah menerapkan di bawah supervisi

Lulusan dokter menguasai pengetahuan teori keterampilan ini termasuk latar belakang biomedik dan dampak psikososial keterampilan tersebut, berkesempatan untuk melihat dan mengamati keterampilan tersebut dalam bentuk demonstrasi atau pelaksanaan langsung pada pasien/ masyarakat, serta berlatih keterampilan tersebut pada alat peraga dan/ atau standardized patient. Pengujian keterampilan tingkat kemampuan 3 dengan menggunakan Objective Structured Clinical Examination (OSCE) atau Objective Structured Assessment of Technical Skills (OSATS).

Tingkat kemampuan 4 (Does): Mampu melakukan secara mandiri

Lulusan dokter dapat memperlihatkan keterampilannya tersebut dengan menguasai seluruh teori, prinsip, indikasi, langkah-langkah cara melakukan, komplikasi dan pengendalian komplikasi. Selain pernah melakukannya di bawah supervisi, pengujian keterampilan tingkat kemampuan 4 dengan menggunakan Workbased Assessment seperti mini-CEX, portfolio, logbook, dsb.

4A.Keterampilan yang dicapai pada saat lulus dokter

4B.Profisiensi(kemahiran) yang dicapai setelah selesai internsip dan / atau Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan (PKB)

Dengan demikian didalam Daftar Keterampilan Klinis ini level kompetensi tertinggi adalah 4A

KOMUNIKASI DENGAN SEJAWAT

Dian Ariningrum*

Setelah mempelajari teknik Keterampilan Komunikasi dengan Sejawat ini, diharapkan mahasiswa mampu :

1. Mengetahui bagaimana dokter harus berperilaku di antara mereka.
2. Mengetahui cara memberikan informasi yang tepat kepada sejawat tentang kondisi pasien baik secara lisan, tertulis, atau elektronik pada saat yang diperlukan demi kepentingan pasien maupun ilmu kedokteran.
3. Mengidentifikasi prinsip-prinsip etik utama yang berhubungan dengan kerjasama dengan orang lain dalam perawatan pasien
4. Mengetahui bagaimana harus memecahkan masalah dengan penyedia layanan kesehatan lain
5. Menulis surat rujukan dan laporan penanganan pasien dengan benar, demi kepentingan pasien maupun ilmu kedokteran.
6. Melakukan presentasi laporan kasus secara efektif dan jelas, demi kepentingan pasien maupun ilmu kedokteran.
7. Mengenali dan bertindak sewajarnya saat kolega melakukan suatu tindakan yang tidak profesional.
8. Mengetahui bagaimana harus menanggapi laporan perilaku tidak etis dari kolega.
9. Berperan sebagai anggota Tim Pelayanan Kesehatan yang Profesional :
 - a. Berperan dalam pengelolaan masalah pasien dan menerapkan nilai-nilai profesionalisme.
 - b. Bekerja dalam berbagai tim pelayanan kesehatan secara efektif.
 - c. Menghargai peran dan pendapat berbagai profesi kesehatan.
 - d. Berperan sebagai manager baik dalam praktik pribadi maupun dalam sistem pelayanan kesehatan.
 - e. Mampu mengatasi perilaku yang tidak profesional dari anggota tim pelayanan kesehatan yang lain.

**Bagian Biokimia/ Laboratorium Keterampilan Klinis Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta*

KERJASAMA DOKTER DENGAN SEJAWAT MENURUT KKI

Pertumbuhan pengetahuan ilmiah yang berkembang pesat disertai aplikasi klinisnya membuat pengobatan menjadi kompleks. Dokter secara individu tidak bisa menjadi ahli untuk semua penyakit yang diderita oleh pasiennya, sementara perawatan tetap harus diberikan, sehingga dibutuhkan bantuan dokter spesialis lain dan profesi kesehatan yang memiliki keterampilan khusus seperti perawat, ahli farmasi, fisioterapis, *occupational therapist*, *dietitian*, psikolog, teknisi laboratorium, pekerja sosial dan lainnya. Seorang dokter sebagai anggota profesi kesehatan, diharapkan memperlakukan profesi kesehatan lain lebih sebagai anggota keluarga dibandingkan sebagai orang lain, bahkan sebagai teman.

Kerjasama Dokter dengan Sejawat menurut KKI

1. Bekerjasama dengan sejawat.

Dokter harus memperlakukan teman sejawat tanpa membedakan jenis kelamin, ras, kecacatan, agama/kepercayaan, usia, status sosial atau perbedaan kompetensi yang dapat merugikan hubungan profesional antar sejawat. Seorang dokter tidak dibenarkan memperlakukan teman sejawat di muka pasien atau sejawat yang lain. Dokter tidak boleh mengkritik teman sejawat melalui pasien yang mengakibatkan turunnya kredibilitas sejawat tersebut. Dokter tidak boleh merusak kepercayaan pasien akan penatalaksanaan yang diterima dengan memberikan kritik yang tidak mendasar atau menyalahkan dokter yang memberikan terapi karena rasa dengki. Seorang dokter tidak dibenarkan memberi komentar tentang suatu kasus, bila tidak pernah memeriksa atau merawat secara langsung.

2. Merujuk pasien

Pada pasien rawat jalan, karena alasan kompetensi dokter dan keterbatasan fasilitas pelayanan, dokter yang merawat harus merujuk pasien pada sejawat lain untuk mendapatkan saran, pemeriksaan atau tindakan lanjutan. Bagi dokter yang menerima rujukan, sesuai dengan etika profesi, wajib menjawab/memberikan saran tindakan akan terapi dan mengembalikannya kepada dokter yang merujuk. Dalam keadaan tertentu dokter penerima rujukan dapat melakukan tindakan atau perawatan lanjutan dengan persetujuan dokter yang merujuk dan pasien.

Setelah selesai perawatan, dokter rujukan mengirim pasien kembali kepada dokter yang merujuk. Pada pasien rawat inap, sejak awal pengambilan kesimpulan sementara, dokter dapat menyampaikan kepada pasien kemungkinan untuk dirujuk kepada sejawat lain karena alasan kompetensi. Rujukan dapat bersifat konsultasi (meminta advis), rawat bersama atau alih rawat.

Pada saat meminta persetujuan pasien untuk dirujuk, dokter harus memberi penjelasan tentang alasan, tujuan dan konsekuensi rujukan, termasuk biaya. Pasien berhak memilih dokter rujukan, dan dalam rawat bersama harus ditetapkan siapa dokter penanggung jawab utama. Dokter yang merujuk dan dokter penerima rujukan, harus mengungkapkan segala informasi tentang kondisi pasien yang relevan dan disampaikan secara tertulis serta bersifat rahasia.

Jika dokter memberi pengobatan dan nasihat kepada seorang pasien yang diketahui sedang dalam perawatan dokter lain, maka dokter yang memeriksa harus menginformasikan kepada dokter pasien tersebut tentang hasil pemeriksaan, pengobatan, dan tindakan penting lainnya demi kepentingan pasien.

Pasal 15 Kode Etik Kedokteran Indonesia menyatakan "Setiap dokter tidak boleh mengambil alih pasien dari teman sejawat, kecuali dengan persetujuan atau berdasarkan prosedur yang etis". Sering seorang pasien, meski baru berobat 1 hari tetapi belum sembuh, akan berpindah ke dokter yang lain. Dalam hal ini dokter kedua tidak dapat dikatakan merebut pasien dari dokter pertama. Seorang pasien berhak untuk mencari *second opinion* dari dokter yang lain. Seorang pasien yang telah kehilangan kepercayaan kepada seorang dokter pun tidak dapat dipaksa untuk kembali mempercayainya. Dokter yang kedua seyogyanya menasehati pasien untuk menyelesaikan pengobatannya dan sesudahnya kembali ke dokter pertama untuk diamati hasilnya. Meskipun demikian, bila pasien menolak dan dokter kedua menerima pasien tersebut sebagai pasiennya, sangat tidak etis jika dokter kedua memberitahu dokter pertama. Dokter kedua tidak boleh mencela dokter pertama di hadapan pasien dan mengganti pengobatan dokter pertama sebelum sempat mengamati efek pengobatan dan karena semata-mata mendengarkan keluhan pasien yang tidak sabar dan terburu waktu. Penggantian atau penghentian obat dapat dilakukan bila kita yakini pengobatan dokter pertama memang nyata-nyata keliru, menimbulkan efek

samping dan membahayakan pasien atau tidak diperlukan lagi. Lebih bijaksana jika alasan penggantian atau penghentian obat ini disampaikan kepada pasien.

3. Bekerjasama dalam tim.

Tim Layanan Medis adalah tim yang terdiri dari berbagai disiplin ilmu tetapi mempunyai orientasi atau tujuan yang sama, yaitu keselamatan dan kesehatan seorang pasien. Setelah anggota tim melakukan evaluasi menyeluruh terhadap seorang pasien berdasarkan kompetensi masing-masing, mereka akan berkomunikasi, bekerja sama dan mengkonsolidasikan pengetahuan untuk merencanakan penatalaksanaan pasien selanjutnya.

Prinsip tim medis yang baik :

- Tujuan utamanya adalah kepentingan pasien.
- Semua anggota tim memahami dan memiliki komitmen terhadap tugas masing-masing.
- Anggota tim menjalankan perannya secara independen, akan tetapi bersama-sama mengelola pasien sebagai kesatuan integral.
- Anggota tim mempunyai kompetensi spesifik dan kompetensi itu merupakan kelebihan dibandingkan anggota tim yang lain, akan tetapi pada saat yang sama masing-masing anggota tim juga menyadari keterbatasan pribadi maupun profesi dan tidak segan untuk belajar dari anggota tim yang lain.
- Loyal dan saling menghormati, tidak melontarkan kritik terhadap anggota tim yang lain di depan pasien.
- Komunikasi antar anggota tim berjalan baik. Semua anggota tim sederajat dan memiliki kesempatan untuk berpendapat. Perbedaan pendapat merupakan bagian dari dinamika kelompok dengan tetap menjunjung tinggi profesionalisme.
- Suasana diskusi berjalan secara kekeluargaan. Pasien dan keluarganya dilibatkan dan diberi kesempatan untuk berkonsultasi, memberikan pendapat dan menyatakan keinginannya.

Penanganan oleh tim seperti ini lebih efektif dibandingkan *fragmented care*, terutama pada kasus-kasus penyakit kronis, geriatri, dan penyakit-penyakit yang memerlukan rehabilitasi. Kerjasama tim yang efektif juga penting pada situasi-situasi

emergency, seperti di instalasi rawat darurat, triage, ruang resusitasi, ruang operasi, lokasi trauma masal, bencana alam dan lain-lain.

Apabila bekerja dalam sebuah tim, dokter harus :

- a. Menunjuk ketua tim selaku penanggung jawab.
- b. Tidak boleh mengubah akuntabilitas pribadi dalam perilaku keprofesian dan asuhan yang diberikan.
- c. Menghargai kompetensi dan kontribusi anggota tim.
- d. Memelihara hubungan profesional dengan pasien.
- e. Berkomunikasi secara efektif dengan anggota tim di dalam dan di luar tim.
- f. Memastikan agar pasien dan anggota tim mengetahui dan memahami siapa yang bertanggung jawab untuk setiap aspek pelayanan pasien.
- g. Berpartisipasi dalam review secara teratur, audit standar dan kinerja tim, serta menentukan langkah-langkah yang diperlukan untuk memperbaiki kinerja dan kekurangan tim.
- h. Menghadapi masalah kinerja dalam pelaksanaan kerja tim dilakukan secara terbuka dan sportif.

4. Memimpin tim

Dalam memimpin sebuah tim, seorang dokter harus memastikan bahwa :

- a. Anggota tim telah mengacu pada acuan yang berkaitan dengan pelaksanaan dan pelayanan kedokteran.
- b. Anggota tim telah memenuhi kebutuhan pelayanan pasien.
- c. Anggota tim telah memahami tanggung jawab individu dan tanggung jawab tim untuk keselamatan pasien. Selanjutnya, secara terbuka dan bijak mencatat serta mendiskusikan permasalahan yang dihadapi.
- d. Acuan dari profesi lain dipertimbangkan untuk kepentingan pasien.
- e. Setiap asuhan pasien telah terkoordinasi secara benar, dan setiap pasien harus tahu siapa yang harus dihubungi apabila ada pertanyaan atau kekhawatiran.
- f. Pengaturan dan pertanggungjawaban pembiayaan sudah tersedia.
- g. Pemantauan dan evaluasi serta tindak lanjut dari audit standar pelayanan kedokteran dan audit pelaksanaan tim dijalankan secara berkala dan setiap kekurangan harus diselesaikan segera.

- h. Sistem sudah disiapkan agar koordinasi untuk mengatasi setiap permasalahan dalam kinerja, perilaku atau keselamatan anggota tim dapat tercapai.
- i. Selalu mempertahankan dan meningkatkan praktek kedokteran yang benar dan baik.

5. Mengatur dokter pengganti

Ketika seorang dokter berhalangan, dokter tersebut harus menentukan dokter pengganti serta mengatur proses pengalihan yang efektif dan komunikatif dengan dokter pengganti.

Dokter pengganti harus diinformasikan kepada pasien. Dokter harus memastikan bahwa dokter pengganti mempunyai kemampuan, pengalaman, pengetahuan, dan keahlian untuk mengerjakan tugasnya sebagai dokter pengganti. Dokter pengganti harus tetap bertanggung jawab kepada dokter yang digantikan atau ketua tim dalam asuhan medis.

6. Mematuhi tugas.

Seorang dokter yang bekerja pada institusi pelayanan/ pendidikan kedokteran harus mematuhi tugas yang digariskan pimpinan institusi, termasuk sebagai dokter pengganti. Dokter penanggung jawab tim harus memastikan bahwa pasien atau keluarga pasien mengetahui informasi tentang diri pasien akan disampaikan kepada seluruh anggota tim yang akan memberi perawatan.

Jika pasien menolak penyampaian informasi tersebut, dokter penanggung jawab tim harus menjelaskan kepada pasien keuntungan bertukar informasi dalam pelayanan kedokteran.

7. Pendelegasian wewenang.

Pendelegasian wewenang kepada perawat, mahasiswa kedokteran, peserta program pendidikan dokter spesialis, atau dokter pengganti dalam hal pengobatan atau perawatan atas nama dokter yang merawat, harus disesuaikan dengan kompetensi dalam melaksanakan prosedur dan pemberian terapi sesuai dengan peraturan yang berlaku. Dokter yang mendelegasikan tetap menjadi penanggung jawab atas penanganan pasien secara keseluruhan.

8. Berbagi Informasi dengan Sejawat

Berbagi informasi dengan teman sejawat lain sangatlah penting untuk keselamatan dan efektifitas perawatan pasien. Ketika seorang dokter merujuk pasien, dokter tersebut harus memberikan semua informasi yang relevan mengenai pasiennya, termasuk riwayat medis dan kondisi saat itu.

Jika seorang dokter spesialis memberikan terapi atau saran untuk seorang pasien kepada dokter umum, maka ia harus memberitahu hasil pemeriksaan, terapi yang diberikan dan informasi penting lainnya kepada dokter yang ditunjuk untuk kelangsungan perawatan pasien, kecuali pasien tersebut menolak.

Jika seorang pasien belum dirujuk dari dokter umum kepada dokter spesialis, dokter spesialis tersebut harus menanyakan kepastian pasien tersebut untuk memberitahu dokter umumnya sebelum memulai terapi, kecuali dalam keadaan gawat darurat atau saat keadaan yang tidak memungkinkan. Jika dokter spesialis tersebut tidak memberitahu dokter umum yang merawat pasien tersebut, dokter spesialis tersebut harus bertanggung jawab untuk menyediakan atau merencanakan semua kebutuhan perawatan.

Seorang dokter harus bekerja dengan sejawat dalam mengawasi dan menjaga kualitas perawatan yang diberikan dengan menitikberatkan pada keselamatan pasien. Secara garis besar seorang dokter harus :

- 1) Berpartisipasi dalam audit kedokteran dan klinis secara teratur dan sistematis sesuai data yang ada. Jika perlu, dokter harus merespon hasil audit dengan meningkatkan kemampuan diri misal lebih banyak mengikuti pelatihan.
- 2) Memberikan respon membangun terhadap hasil tinjauan, penilaian atau pengharapan akan kemampuan seorang dokter berpartisipasi dalam pertemuan dan melaporkan upaya menekan risiko pasien.

DELEGASI DAN KONSULTASI (RUJUKAN)

Delegasi meliputi permintaan kepada perawat, dokter, dokter muda atau praktisi kesehatan lainnya untuk memberikan penatalaksanaan atas perkenan dokter. Saat mendelegasikan penanganan/ penatalaksanaan, dokter harus memastikan bahwa orang yang menerima delegasi tersebut memiliki kompetensi untuk menjalankan prosedur/

memberikan terapi. Dokter harus selalu memantau informasi terbaru mengenai pasien dan penatalaksanaan yang diberikan. Apapun yang terjadi, dokter tersebut harus bertanggung jawab akan keseluruhan penatalaksanaan yang diberikan.

Konsultasi atau rujukan meliputi transfer sebagian atau seluruh tanggung jawab penanganan pasien, biasanya bersifat sementara atau untuk tujuan tertentu misalnya pemeriksaan tambahan, penanganan atau penatalaksanaan yang berada diluar kompetensinya. Biasanya seorang dokter akan merujuk pada dokter lainnya yang lebih berkompensi.

Pasal 15 Kode Etik Kedokteran Indonesia menyatakan "Setiap dokter wajib bersikap tulus ikhlas dan mempergunakan segala ilmu dan keterampilannya untuk kepentingan pasien. Dalam hal ia tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau pengobatan, maka atas persetujuan pasien, ia wajib merujuk pasien kepada dokter yang mempunyai keahlian dalam penyakit tersebut".

Tidak ada seorang dokter pun yang tahu segalanya tentang semua penyakit. Seorang dokter, baik dokter umum atau dokter spesialis, harus benar-benar sadar akan batas pengetahuan dan kemampuannya. Di praktek pribadi yang terpencil sekalipun, seorang dokter umum harus menyadari kapan seorang pasien berada di luar kemampuan kompetensi serta harus dirujuk kepada dokter yang ahli dalam hal penyakit tersebut. Meskipun demikian, di kota besar di mana banyak dokter spesialis berpraktek, seorang dokter umum harus berusaha tidak menjadi perantara antara pasien dengan dokter spesialis saja.

Konsultasi atau rujukan dilakukan manakala seorang dokter dihadapkan pada situasi dan kondisi di luar kompetensi, kemampuan atau ketersediaan sumber daya.

Konsultasi Medik

Konsultasi merupakan saat yang sangat penting dalam hubungan antar kolega sejawat. Pada kesempatan tersebut tampak kepribadian, budi, kesetiaan dan sifat persaudaraan seorang dokter dengan sejawatnya. Tidak jarang pada konsultasi itu terjadi timbul kesalahpahaman dan timbul perasaan tersinggung.

Untuk mengurangi kemungkinan timbulnya permasalahan, sebaiknya dipertimbangkan hal-hal berikut ini :

1. Usul untuk mengadakan konsultasi sebaiknya datang dari dokter yang pertama menangani pasien, didorong oleh keikhlasan dan keinsyafan akan batas kemampuannya atau karena merasa bahwa pasien dan keluarganya menginginkan konsultasi. Adalah hak pasien, untuk memilih sendiri konsulen yang disukai, meski demikian, dokter yang menangani boleh memberikan usulan atau pertimbangan profesionalisme.
2. Pemeriksaan oleh konsultan di ruang perawatan pasien sebaiknya dihadiri oleh dokter pertama yang akan memberikan keterangan dan pendapatnya tentang penyakit pasien. Sesudah melakukan pemeriksaan, sebaiknya keduanya mencari tempat tersendiri untuk mendiskusikan permasalahan pasien. Konsultan melanggar etik jika secara terbuka ataupun mengisyaratkan menyalahkan apa yang telah diperbuat oleh dokter pertama. Perbedaan pendapat harus diutarakan sedemikian rupa sehingga tidak menghilangkan kepercayaan pasien kepada dokter pertama.
3. Yang lebih banyak terjadi ialah seorang pasien dikirim kepada dokter spesialis di tempat prakteknya untuk konsultasi. Pengiriman pasien tersebut harus disertai dengan surat tertutup dari dokter pertama berisi keterangan yang cukup tentang pasien dan penanganan yang sudah diberikan. Tidak dibenarkan menyampaikan keterangan lisan melalui pasien sendiri.
4. Dokter konsultan mengirimkan kembali pasien disertai pendapatnya tentang kondisi pasien dalam surat tertutup, kecuali jika dokter pertama sekaligus menyerahkan penanganan pasien sepenuhnya kepada dokter konsultan.
5. Tidak dibenarkan konsultan memberitahukan kepada pasien secara langsung atau tidak langsung tentang kekeliruan yang dibuat oleh dokter pertama. Segala pendapat, nasehat dan saran disampaikan secara tertulis dan diserahkan kepada dokter pertama untuk mendiskusikannya dengan pasien.

Tingkatan konsultasi :

1. *Single-visit consultation* : meliputi pemeriksaan fisik, pemeriksaan terhadap *medical record* pasien atau spesimen yang berasal dari tubuh pasien, tindakan diagnostik atau prosedur terapi tertentu. Hasil pemeriksaan, prosedur yang dilakukan dan rekomendasi dari konsultan dikembalikan kepada dokter yang meminta konsultasi

secara tertulis. Perawatan pasien selanjutnya diserahkan sepenuhnya kepada dokter yang meminta konsultasi.

2. *Continuing collaborative care* (rawat bersama) : konsultan dan dokter yang meminta konsultasi memberikan perawatan kepada pasien bersama-sama. Misalnya dalam kasus kehamilan dengan risiko tinggi, secara periodik, misalnya tiap trimester, pasien dikonsultasikan kepada dokter spesialis kebidanan dan kandungan, tetapi *ante natal care* tiap bulan ditangani oleh dokter umum-nya.
3. *Transfer of primary care responsibility* (alih rawat) : dokter yang meminta konsultasi menyerahkan penatalaksanaan pasien sepenuhnya kepada konsultan karena permasalahan pasien berada di luar kompetensi, kemampuan dan ketersediaan sumber daya.

Terkadang konsultasi diminta oleh pasien atau disarankan oleh dokter yang merawat untuk mencari *second opinion* atas suatu diagnosis, prognosis atau terapi.

Prinsip etika konsultasi

1. Kepentingan pasien harus menjadi perhatian utama.
2. Tujuan konsultasi diberitahukan kepada pasien.
3. Pasien diberi kesempatan untuk memilih konsultan.
4. Pasien diberi keleluasaan untuk melakukan konsultasi secara adekuat, tanpa melihat status sosial, ekonomi, pendidikan atau kondisi penyakit.
5. Dokter yang meminta konsultasi dan konsultan harus menghormati hak pasien.
6. Dokter yang meminta konsultasi dan konsultan harus saling menghormati hak-hak dan hubungan profesionalisme.
7. Kewajiban dokter yang meminta konsultasi :
 - a. Konsultasi pasien sebaiknya dilakukan sebelum kondisi pasien menjadi gawat.
 - b. Menjelaskan tujuan konsultasi, prosedur yang harus dijalankan oleh pasien dan tindakan yang akan dilakukan terhadap pasien.
 - c. Memberi kesempatan pada pasien untuk menentukan konsultan yang dipilih, meski dokter perujuk harus memberikan pertimbangan-pertimbangan profesional.
 - d. Memberikan data identitas pasien, riwayat penyakit pasien, diagnosis kerja, hasil pemeriksaan fisik dan laboratorium, pengobatan yang sudah diberikan serta

informasi lain yang akan membantu konsultan dalam melakukan evaluasi terhadap pasien.

- e. Mendokumentasikan tujuan dan hasil konsultasi ke dalam rekam medis pasien.
- f. Menyampaikan hasil konsultasi kepada pasien.
- g. Memberikan penatalaksanaan selanjutnya, kecuali bila alih rawat.
- h. Pada keadaan *emergency*, konsultasi sebaiknya dilakukan secara langsung melalui telfon oleh dokter yang meminta konsultasi.
- i. Mencantumkan nama lengkap, alamat dan nomor telepon konsultan dalam surat konsultasi.
- j. Mencantumkan nama lengkap, alamat dan nomor telepon dokter yang meminta konsultasi dalam surat konsultasi.

8. Kewajiban konsultan :

- a. Memberikan pelayanan sesuai pengetahuan, keterampilan, kemampuan dan kompetensinya. Bila pengetahuan, keterampilan, kemampuan dan kompetensinya di luar kebutuhan pasien, konsultan tersebut berhak menolak untuk memberikan konsultasi.
- b. Memberikan konsultasi tanpa memperhatikan latar belakang sosial dan pendidikan dokter yang meminta konsultasi.
- c. Hasil konsultasi secara tertulis dikirimkan kembali kepada dokter yang meminta sesegera mungkin.
- d. Keterlibatan konsultan ke dalam perawatan pasien selanjutnya tergantung pada kesepakatan dengan dokter yang meminta konsultasi dan sepersetujuan pasien.
- e. Tidak memberikan komentar negatif yang menyudutkan, menyalahkan atau menjelekkan nama baik dokter yang meminta konsultasi sehingga mempengaruhi kepercayaan pasien kepada dokter yang meminta konsultasi.
- f. Jika konsultan meyakini bahwa dokter yang meminta konsultasi tidak dapat memberikan perawatan lanjutan terkait dengan kompetensi, kemampuan atau ketersediaan sumber daya, hal itu harus disampaikan kepada pasien dan secara tertulis kepada dokter yang meminta konsultasi.

Dalam suatu institusi pelayanan kesehatan, untuk konsultasi yang efisien dan demi menjaga hubungan baik antar kolega dokter, sebaiknya disusun protokol konsultasi formal.

Rujukan Medik

Rujukan medik adalah upaya kesehatan yang berorientasi kepada kepentingan penderita, bertujuan untuk memperoleh pemecahan masalah baik untuk keperluan diagnostik, pengobatan maupun pengelolaan penderita selanjutnya.

Rujukan medik dapat dilakukan terhadap :

- a. Penderita : penderita dikirim oleh perujuk kepada konsultan, atau apabila penderita tidak dapat dikirim maka perujuk meminta kesediaan konsultan untuk bersama-sama memeriksanya.
- b. Bahan pemeriksaan : dapat berupa jaringan tubuh (hasil insisi, ekstirpasi, biopsi, maupun reseksi), darah, serum, tinja, air seni, sekret, serta cairan tubuh yang lain.

Rujukan medik dapat berupa pengetahuan, keterampilan, maupun sikap, yang dapat dilaksanakan secara lisan maupun tertulis.

- a. Rujukan medik lisan :

- Dokter perujuk dan konsultan melakukan pemeriksaan bersama.
- Dokter perujuk memberi keterangan selengkapnya, serta mengemukakan kesulitan / masalah yang dihadapinya.
- Kemudian keduanya mendiskusikan hasil pemeriksaan di tempat tersendiri.
- Bila ada perselisihan pendapat, jangan sampai menggoncangkan kepercayaan penderita terhadap dokter perujuk.

- b. Rujukan medik tertulis :

- Rujukan ditulis dalam amplop tertutup, diajukan oleh dokter perujuk kepada konsultan disertai keterangan yang cukup.
- Dalam hal rujukan penderita, maka konsultan mengirim kembali penderita tersebut disertai pendapat dan anjuran tertulis pula.
- Bila dikehendaki oleh dokter perujuk, konsultan dapat melakukan pengelolaan atau pengobatan penderita sampai sembuh.

- Konsultan tidak dibenarkan memberitahukan kepada penderita secara langsung maupun tidak langsung tentang kekeliruan yang mungkin dibuat oleh dokter perujuk terhadap penderita.
 - Pendapat dan anjuran konsultan dapat berupa pendapat final atau anjuran untuk melakukan pemeriksaan lebih lanjut (laboratorik, EKG, radiologik, atau penunjang lain).
- a. Dari dokter umum kepada dokter spesialis :
Permasalahan yang dihadapi oleh dokter umum diharapkan untuk dapat dipecahkan oleh dokter spesialis sesuai dengan bidangnya.
 - b. Dari dokter spesialis tertentu kepada dokter spesialis lain :
Selain untuk keperluan diagnostik, rujukan demikian biasanya bertujuan untuk memperoleh konfirmasi tentang kemungkinan adanya komplikasi-komplikasi yang dapat terjadi dalam ruang lingkup bidang keahlian di luar spesialisasi dokter perujuk.
 - c. Dari dokter spesialis kepada dokter umum (di daerah tempat tinggal penderita)
Rujukan medik ini paling jarang terjadi, biasanya dilakukan oleh dokter spesialis atas permintaan penderita dengan pertimbangan kesulitan transportasi karena tempat tinggal penderita sangat jauh dari dokter spesialis tersebut. Tentunya tidak semua tindakan dapat dirujuk ke bawah mengingat fasilitas, kemampuan, dan kewenangan yang ada pada dokter umum tersebut.

Sikap yang tidak dibenarkan terjadi dalam rujukan medik yaitu :

- a. Dari dokter perujuk :
 - Tidak mencantumkan keterangan secara lengkap.
 - Melakukan rujukan karena malas menanganinya.
 - Melakukan rujukan untuk mengalihkan tanggung jawab atas risiko yang tidak menyenangkan.
 - Melakukan rujukan karena menginginkan imbalan.
 - Melakukan rujukan setelah keadaan penderita cukup parah.

- Dalam hal merujuk bahan pemeriksaan, tidak mempedulikan persiapan penderita dan prosedur "sampling" secara luas (pengambilan, penampungan, pengawetan dan pengiriman).
- b. Dari dokter konsultan :
- Tidak memberikan jawaban konsul dengan sebenarnya karena takut anjuran atau tindakannya ditiru oleh dokter perujuk.
 - Bekerjasama dengan dokter lain di luar kepentingan penderita (menganjurkan rujukan dengan janji imbalan).
 - Walau tidak diminta, mengambil alih pengelolaan penderita seterusnya (tidak mengirim kembali penderita kepada dokter perujuk).
 - Mencela tindakan dokter perujuk / terdahulu di hadapan penderita.
 - Mencela hasil pemeriksaan (yang mungkin tidak sesuai dengan keadaan klinis) di hadapan penderita atau keluarganya.

MANFAAT KONSULTASI DAN RUJUKAN

1. Pengetahuan dan keterampilan dokter akan meningkat. Peningkatan pengetahuan dan keterampilan ini diperoleh sebagai hasil adanya bantuan dokter lainnya yang lebih berpengalaman dan atau yang lebih ahli pada pelayanan konsultasi. Dokter perujuk dapat pula mempelajari dengan pelbagai tindakan kedokteran yang telah dilakukan oleh dokter lainnya pada pelayanan rujukan. Tentu saja untuk yang terakhir ini hanya akan dapat dilakukan apabila dokter tempat merujuk, setelah selesai melakukan tindakan kedokteran, merujuk kembali pasien tersebut ke dokter yang melakukan rujukan.
2. Kebutuhan dan tuntutan kesehatan pasien akan lebih terpenuhi.
Karena pada konsultasi dan rujukan dapat menghasilkan kerjasama yang baik antar banyak dokter, maka pada konsultasi dan rujukan tersebut telah terbentuk semacam tim kerja, yang peranannya jelas lebih positif dalam upaya pemenuhan kebutuhan dan tuntutan kesehatan pasien yang memang sangat bervariasi. Melalui konsultasi dan rujukan, pelbagai keterbatasan pelayanan kedokteran yang diselenggarakan oleh seorang dokter akan dapat lebih dilengkapi, yang dampaknya jelas akan sangat besar terhadap pemenuhan kebutuhan dan tuntutan kesehatan pasien.

MEMBUAT RUJUKAN TERTULIS & INTERAKSI DENGAN TEMAN SEJAWAT

Contoh bentuk format rujukan medik dari dokter umum kepada dokter spesialis :

<p>Kepada Yth. TS dr Spesialis Di</p> <p>Dengan Hormat, Mohon konsultasi dan penanganan selanjutnya penderita TnK, usia <u>56 tahun</u>, dengan <u>dyspnea (diagnosis kerja/ diagnosis banding)</u>. Hasil pemeriksaan laboratorium terlampir. Pasien telah kami beri penanganan sementara <u>inhalasi Ventolin dosis 3 cc sebanyak 2 kali (belum ada perbaikan)</u>. Atas kesediaan TS, kami ucapkan terima kasih.</p> <p style="text-align: right;"><i>(Nama terang Tanda tangan</i></p>
--

Contoh bentuk format rujukan medik untuk keperluan perawatan di rumah sakit

<p>Kepada Yth. TS dr Jaga RS Di</p> <p>Dengan Hormat, Mohon perawatan selanjutnya penderita An, usia tahun, dengan (<i>diagnosis kerja/ diagnosis banding</i>) Keadaan sekarang</p> <p>Pasien telah kami beri penanganan sementara dosis</p> <p>Atas kesediaan TS, kami ucapkan terima kasih.</p> <p style="text-align: right;"><i>(Nama terang Tanda tangan Alamat/no telpon)</i></p>

Contoh bentuk format rujukan medik untuk keperluan pemeriksaan laboratorium klinik :

Kepada Yth.
Laboratorium Klinik
Di

Dengan Hormat,
Mohon pemeriksaan :

- Darah Rutin
- BTA 1, 2, 3
- Ro Thoraks

Pasien Tn/Ny/Nn....., usia tahun, dengan (*diagnosis kerja/ diagnosis banding*) Hemoptoe.
Atas kesediaan TS, kami ucapkan terima kasih.

Nama terang
Tanda tangan
Alamat/no telpon

Kepada Yth.
TS dr
Spesialis
Di

Dengan Hormat,
Mohon pemeriksaan Pemantauan Kadar Obat dalam darah untuk penderita Tn/Ny/Nn....., usia tahun, dengan (*diagnosis kerja/ diagnosis banding*) Epilepsi, curiga ketidakpatuhan minum obat. Telah kami beri Fenobarbital dan Fenitoin dosis selama 1 tahun. Apakah dosis optimal ?
Atas kesediaan TS, kami ucapkan terima kasih.

Nama terang
Tanda tangan
Alamat/no telpon

Contoh bentuk format rujukan medik dari "atas" ke "bawah" (untuk keperluan kelanjutan pengobatan) :

<p>Kepada Yth. TS dr di Puskesmas</p> <p>Dengan Hormat, Mohon kesediaan TS untuk melanjutkan terapi penderita Ny, umur Tahun dengan KP dupleks. Sudah kami berikan INHx..... sehari; Etambutolx..... sehari; Streptomisin injgram seminggu. Mohon follow up pemeriksaan darah rutin, BTA sputum dan foto ronsen thoraks bulan setelah pengobatan. Atas kesediaan TS, kami ucapkan terima kasih.</p> <p>Nama terang Tanda tangan Alamat/no telpon</p>

Komunikasi yang buruk antara dokter layanan primer dengan konsultan mengakibatkan :

1. Keberlanjutan penanganan pasien terganggu.
2. keterlambatan atau kesalahan diagnosis.
3. Pengulangan tes diagnostik yang sebenarnya tidak perlu.
4. Meningkatnya morbiditas pasien karena sebab iatrogenik.
5. Polifarmasi
6. Meningkatnya risiko tuntutan hukum oleh pasien dan keluarganya
7. Ketidakikhlasan dokter dalam menangani pasien.

Skenario untuk latihan

Buatlah surat rujukan untuk kasus-kasus di bawah ini !

1. Tn. Karto berusia 56, datang ke praktek anda dengan keluhan sesak nafas berat. Anda telah memberikan terapi inhalasi Ventolin 3 cc sebanyak 2 kali tetapi belum ada perbaikan. Anda akan merujuk pasien ke dokter spesialis Penyakit Dalam.
2. Ibu Susi, berusia 24 tahun datang ke tempat praktek anda dengan keluhan batuk darah. Dari anamnesis dan pemeriksaan fisik anda mencurigai pasien menderita TB

paru. Anda akan mengirim pasien ke laboratorium untuk pemeriksaan sputum BTA, dan foto thorax.

3. Seorang anak, Susanto, berusia 2 tahun dibawa orang tuanya ke tempat praktek anda dengan demam 3 hari. Orang tuanya sudah memberikan obat turun panas tetapi demam tidak turun. Pagi tadi muncul bintik-bintik kemerahan di kulit lengan dan betis serta mimisan. Anda mencurigai pasien menderita demam berdarah.

HUBUNGAN DAN KINERJA TEMAN SEJAWAT

Kewajiban Dokter Terhadap Teman Sejawat

Dinyatakan dalam pasal 14 Kode Etik Kedokteran Indonesia bahwa "Setiap dokter memperlakukan teman sejawatnya sebagaimana ia sendiri ingin diperlakukan". Etik Kedokteran mengharuskan setiap dokter memelihara hubungan baik dengan sejawatnya sesuai makna butir lafal sumpah dokter yang berbunyi "Saya akan memperlakukan teman sejawat saya sebagaimana saya sendiri ingin diperlakukan".

Perselisihan antar teman sejawat hendaknya diselesaikan secara musyawarah antar sejawat. Kalau dengan cara itu masalah belum terselesaikan, dapat diminta pertolongan pengurus Ikatan Dokter Indonesia atau Majelis Kehormatan Etik Kedokteran untuk membantu menjembatani penyelesaian permasalahan. Harus dihindarkan campur tangan dari pihak luar.

Perbuatan sangat tidak kolegial misalnya adalah mengejek teman sejawat dan mempergunjingkannya dengan pasien atau orang lain tentang perbuatannya yang dianggap kurang benar. Sejawat senior wajib membimbing sejawat yang lebih muda. Janganlah sekalipun mengatakan di muka umum bahwa ia baru lulus dan tidak mengetahui peraturan.

Pada umumnya masyarakat kita belum begitu memahami hubungan yang begitu erat antar dokter, sehingga mereka kadang-kadang melakukan sesuatu yang cenderung mengadu domba. Tidak jarang seorang dokter mengunjungi 2-3 orang dokter untuk penyakitnya, dan pada akhirnya memilih dokter yang dalam ucapan dan perbuatannya sesuai dengan selera dan harapannya. Seorang dokter yang mengetahui hal tersebut, seyogyanya menasihati pasien supaya tidak berbuat demikian, karena dapat merugikan dirinya sendiri dan membahayakan kesehatannya. Jangan memberi kesempatan pada

pasien untuk menjelekkan nama teman sejawat yang lebih dulu menanganinya. Seorang dokter harus ikut mendidik masyarakat dalam cara menggunakan jasa pelayanan kedokteran.

Seandainya seorang sejawat membuat kekeliruan dalam pekerjaannya, sejawat lain yang mengetahui hal tersebut seyogyanya menasehatinya. Nasehat hendaknya diberikan dalam suasana kekeluargaan. Dokter yang keliru pun harus menerima teguran dan nasehat yang disampaikan dengan lapang dada.

Menjalin hubungan baik antar teman sejawat dapat dilakukan dengan cara :

1. Dokter yang baru menetap di suatu tempat mengunjungi sejawat yang sudah lebih dulu berada di tempat tersebut. Hal ini tidak perlu dilakukan di kota besar di mana jumlah dokter cukup banyak, tetapi cukup dengan pemberitahuan tentang pembukaan praktek baru itu kepada sejawat yang tinggal berdekatan.
2. Setiap dokter menjadi anggota Ikatan Dokter Indonesia (IDI). Dengan menghadiri pertemuan ilmiah dan sosial yang diadakan IDI akan terjadi kontak pribadi sehingga timbul rasa persaudaraan. Terjalinnnya hubungan baik antar teman sejawat memberi manfaat tidak saja untuk dokter yang bersangkutan tetapi juga kepada para pasiennya. Rasa persaudaraan yang dibina sejak mahasiswa akan menjadi bekal yang berharga.

Menghadapi Permasalahan Praktek Profesional

Permasalahan kemampuan sejawat

1. Dokter harus melindungi pasien dan risiko terpajan bahaya oleh dokter atau praktisi kesehatan lainnya.
2. Jika dokter meyakini bahwa dokter/praktisi kesehatan lainnya berisiko terhadap pasien, maka dokter tersebut harus memberikan penjelasan yang jujur pada individu tersebut untuk mengikuti prosedur.
3. Bila memiliki tanggung-jawab penatalaksanaan, dokter harus memastikan bahwa mekanisme telah berjalan sebagaimana mestinya sehingga sejawat dapat lebih memahami risiko terhadap pasien.

Keluhan dan permohonan formal

1. Pasien mengeluhkan penanganan/penatalaksanaan yang ia terima berhak mendapat respon terbuka, membangun dan jujur, meliputi penjelasan mengenai apa yang telah terjadi dan permohonan maaf. Dokter tidak boleh membiarkan keluhan pasien mengganggu penanganan atau penatalaksanaan.
2. Dokter harus bekerjasama penuh dalam penanganan pasien dan membuka diri terhadap sejumlah keluhan yang disampaikan. Dokter harus memberikan informasi relevan kepada pihak yang berkepentingan dalam penilaian profesi dokter dan sejawatnya, terkait perilaku, kemampuan profesional dan kesehatan.
3. Jika dokter bebas tugas atau dilarang melakukan praktek terkait kemampuan atau perilaku, wajib melaporkan tempat bekerjanya.

HUBUNGAN DENGAN KOLEGA DOKTER

Sebagai anggota dari profesi kesehatan, dokter diharapkan memperlakukan profesi kesehatan lain lebih sebagai anggota keluarga dari pada sebagai orang asing, bahkan sebagai teman. Deklarasi Genevadari WMA (*World Medical Association*) juga memuat janji: *"Kolega saya akan menjadi saudara saya"*. Interpretasi dari janji ini bervariasi dari satu negara dan negara lain dan juga sepanjang waktu. Sebagai contoh, di mana biaya layanan merupakan hal yang pokok atau hanya sebagai imbalan jasa, ada tradisi kuat *'professional courtesy'* di mana dokter tidak meminta bayaran terhadap tindakan medis yang dilakukan. Praktek ini telah mengalami penurunan di banyak negara di mana terdapat penggantian biaya dari pihak ketiga.

Selain tuntutan positif untuk memperlakukan kolega secara terhormat dan bekerjasama untuk memaksimalkan perawatan pasien, Kode Etik Kedokteran Internasional yang dikeluarkan oleh WMA mempunyai pengecualian pada hubungan dokter dengan orang lain : (1) membayar atau menerima upah, atau apa saja yang menyerupai, untuk mendapatkan rujukan pasien; (2) "mencuri" pasien dari kolega, dan (3) melaporkan perilaku tidak etik atau tidak kompeten yang dilakukan oleh kolega.

MELAPORKAN PRAKTEK YANG TIDAK ETIS DAN TIDAK AMAN

Pengobatan telah mengambil tempat kehormatan dalam statusnya sebagai profesi yang dapat mengatur diri sendiri. Sebagai balasan terhadap hak kehormatan yang diberikan masyarakat dan kepercayaan yang diberikan oleh pasien mereka, profesi kesehatan harus membangun standar perilaku yang tinggi untuk anggotanya dan prosedur pendisiplinan dalam menyelidiki tuduhan adanya tindakan yang tidak benar dan jika perlu menghukum yang berbuat salah. Sistem pengaturan sendiri ini sering gagal dan saat ini telah dilakukan langkah-langkah yang dapat membuat profesi lebih akuntabel, seperti dengan menunjuk anggota awam pemegang kekuasaan dalam pengaturan.

Kewajiban untuk melaporkan kolega yang melakukan tindakan yang tidak kompeten, mencelakakan, perbuatan tidak senonoh, ditekankan dalam Kode Etik Kedokteran Internasional yang dikeluarkan oleh WMA yang menyatakan: *"Dokter harus ... berusaha keras untuk menyatakan kekurangan karakter dan kompetensi dokter atau yang terlibat dalam penipuan atau kecurangan"*. Penerapan prinsip ini tidaklah mudah. Di satu sisi seorang dokter mungkin menyerang reputasi koleganya karena motif yang tidak benar, seperti karena cemburu dan perasaan terhina oleh koleganya. Dokter juga merasa tidak enak dan ragu untuk melaporkan tindakan koleganya yang tidak benar karena simpati atau persahabatan atau dikhawatirkan konsekuensi pelaporan tersebut dapat berakibat kurang baik bagi yang melapor, termasuk kemarahan dari yang tertuduh atau bahkan dari kolega yang lain. Terlepas dari hal tersebut, pelaporan terhadap tindakan salah yang dilakukan kolega merupakan suatu tugas profesional. Dokter tidak hanya mempunyai kewajiban menjaga reputasi yang baik dari profesinya tetapi juga karena mereka sendirilah yang kadang bisa mengetahui ketidakkompetenan, kelalaian atau kesalahan prosedur.

Melaporkan kolega kepada komisi disiplin sebaiknya merupakan langkah terakhir setelah semua alternatif telah dicoba dan tidak memberikan hasil. Langkah pertama mungkin mendekati kolega tersebut dan mengatakan bahwa menurut pendapat anda tindakannya tidak aman dan tidak etis. Jika masalahnya dapat diselesaikan pada level tersebut, mungkin tidak diperlukan langkah lebih jauh. Jika tidak, langkah selanjutnya mungkin membicarakannya dengan atasan anda dan/atau atasan kolega anda dan menyerahkan keputusannya kepada orang tersebut. Jika langkah ini tidak praktis atau

tidak memberikan hasil, mungkin langkah terakhir adalah melaporkan masalah tersebut ke komisi disiplin.

HUBUNGAN DENGAN PROFESI KESEHATAN LAIN

Larangan melakukan diskriminasi karena usia, penyakit atau kecacatan, kepercayaan, etnik, jenis kelamin, kebangsaan, keanggotaan politik, ras, orientasi seks, maupun posisi sosial harus diterapkan dalam berhubungan dengan semua orang yang bekerja bersama dengan dokter dalam merawat pasien dan aktivitas profesional lain. Non-diskriminatif merupakan sifat pasif dalam hubungan. Penghargaan merupakan sesuatu yang lebih aktif dan positif. harus ada penghargaan terhadap keterampilan dan pengalaman mereka karena dapat membantu dalam perawatan pasien, dengan tetap mempertimbangkan penyedia layanan kesehatan lain seperti dokter, perawat, pekerja kesehatan pendukung, dan lainnya. Semua penyedia layanan kesehatan tidaklah sama dalam hal pendidikan dan pelatihan, namun tetap memiliki kesetaraan sebagai manusia dan juga perhatian terhadap kesehatan pasien.

Seperti juga dengan pasien, ada kalanya dibenarkan untuk menolak memulai atau mengakhiri hubungan dengan penyedia layanan kesehatan lain. Hal ini termasuk kurang percaya diri dalam kemampuan atau integritas orang lain dan benturan kepribadian yang serius. Membedakannya dengan motif yang kurang benar memerlukan pertimbangan yang lebih etis dari pihak dokter.

Kerjasama Dengan Profesi Kesehatan Lain

Pengobatan merupakan profesi yang sangat individualistik dan sangat kooperatif. Di satu sisi, dokter sangat posesif terhadap pasien mereka. Dengan alasan yang baik, diklaim bahwa hubungan individual antara dokter-pasien merupakan cara terbaik dalam mendapatkan pengetahuan tentang pasien dan kelangsungan perawatan yang optimal dalam mencegah dan menyembuhkan penyakit. Retensi pasien juga menguntungkan bagi dokter, setidaknya secara finansial. Pada saat yang sama, seperti dikatakan di atas, pengobatan sangat kompleks dan khusus, sehingga diperlukan kerjasama yang dekat antara praktisi dengan pengetahuan dan keterampilan yang berbeda namun saling mendukung. Tarikan antara individualisme dan kerjasama telah menjadi tema yang selalu

muncul dalam etika kedokteran. Melemahnya sistem paternalisme medis dibarengi dengan hilangnya kepercayaan bahwa dokter 'memiliki' pasien mereka. Hak pasien untuk meminta opini kedua telah diperluas dengan memasukkan layanan kesehatan lain yang mungkin sanggup memenuhi kebutuhannya lebih baik. Menurut *Declaration on the Rights of the Patient* dari WMA menyatakan bahwa: "*Dokter mempunyai kewajiban untuk bekerja sama dalam koordinasi, dalam merawat pasien dengan profesi kesehatan lain*". Namun demikian dokter tidak mencari untung dari kerjasama ini melalui pembagian biaya.

Restriksi terhadap 'kepemilikan' dokter terhadap pasien mereka harus diseimbangkan dengan ukuran-ukuran lain yang dimaksudkan untuk menjaga privasi hubungan dokter-pasien. Contohnya pasien yang dirawat oleh lebih dari satu dokter yang umum terjadi di rumah sakit, jika mungkin sebaiknya memiliki satu dokter yang mengkoordinasikan perawatan yang dapat selalu membuat pasien paham mengenai kemajuan perawatan dan membantu pasien membuat keputusan.

Hubungan di antara dokter diatur dengan aturan-aturan yang umumnya dipahami dan diformulasikan dengan baik, namun hubungan dokter dengan profesi kesehatan lain dalam keadaan terus berubah dan ada perbedaan nyata mengenai peran mereka. Seperti disebutkan di atas, banyak perawat, farmasis, fisioterapis, dan profesional lain menganggap diri mereka lebih kompeten dalam bidangnya dalam perawatan pasien dibanding dokter dan tidak ada alasan bahwa mereka tidak mendapat perlakuan yang sama dengan dokter. Mereka lebih menyukai pendekatan tim dalam perawatan pasien dimana semua pemberi perawatan dilihat sama, dan menganggap diri mereka pantas untuk merawat pasien. Di lain pihak dokter merasa walaupun pendekatan tim digunakan, tetap saja harus ada seorang yang bertanggung jawab dan dokter adalah orang yang paling baik karena pendidikan dan pengalamannya.

Walaupun beberapa dokter mempertahankan otoritas yang hampir absolut, namun tidak dapat dihindari bahwa akan ada perubahan peran karena adanya klaim oleh pasien dan juga penyedia layanan kesehatan lain agar dapat berpartisipasi lebih besar lagi dalam pengambilan keputusan medis. Dokter harus dapat menjelaskan rekomendasinya kepada orang lain dan membujuk agar mereka menerimanya. Tambahan terhadap keterampilan komunikasi ini adalah dokter harus dapat mengatasi konflik yang muncul di antara orang-orang yang terlibat dalam perawatan pasien.

Tantangan lain dalam kerjasama untuk kepentingan terbaik pasien terjadi ketika pasien juga menggunakan penyedia layanan kesehatan alternatif atau tradisional ('dukun') hal ini terjadi pada sebagian besar populasi di Afrika dan Asia dan mengalami peningkatan di Eropa dan Amerika. Walaupun beberapa orang menganggap kedua pendekatan ini saling mendukung, namun di banyak situasi keduanya saling berbeda sehingga dapat menimbulkan konflik. Karena setidaknya beberapa intervensi alternatif dan tradisional memiliki efek terapi dan juga dicari oleh pasien maka dokter harus mencari cara agar dapat bekerjasama dengan mereka. Bagaimana hal ini dapat dilakukan akan sangat bervariasi dari satu negara dengan negara lain dan dari satu jenis praktisi dengan yang lain. Dalam semua keadaan tersebut kesehatan pasien haruslah menjadi pertimbangan pokok.

Tantangan Terhadap Otoritas Medis

Dokter merupakan bagian dari profesi yang secara tradisional difungsikan dalam aturan yang sangat hierarkis, baik di lingkungan internal maupun di lingkungan eksternal. Di lingkungan internal, ada 3 hierarki yang saling tumpang tindih : 1) membedakan di antara spesialisasi, di mana yang satu dianggap lebih bergengsi, dan lebih besar jasanya dari pada yang lain; 2) antar spesialis itu sendiri, dengan adanya jenjang akademik, seseorang dianggap lebih berpengaruh dibanding yang lain dalam praktek masyarakat atau swasta; 3) berhubungan dengan perawatan terhadap pasien tertentu di mana pemberi perawatan berada di herarki paling atas dan dokter lain, walaupun lebih senior dan memiliki keterampilan yang lebih baik, hanya bertindak sebagai konsultan kecuali pasien ditransfer kepada pelayanan mereka. Di lingkungan eksternal, dokter secara tradisional telah berada di herarki paling atas, di atas perawat dan profesi kesehatan lain.

Dengan cepatnya pertumbuhan pengetahuan ilmiah dan aplikasi kliniknya, pengobatan menjadi kompleks. Dokter secara individu tidak bisa menjadi ahli untuk semua penyakit yang diderita oleh pasien mereka dan perawatan yang harus diberikan sehingga membutuhkan bantuan dari dokter spesialis lain dan profesi kesehatan yang memiliki keterampilan khusus seperti perawat, ahli farmasi, fisioterapis, *occupational therapist*, *dietitian*, psikolog, teknisi laboratorium, pekerja sosial dan lainnya. Dokter

harus mengetahui bagaimana mendapatkan keterampilan yang relevan yang diperlukan pasiennya dan yang dia sendiri kurang menguasai keterampilan tersebut.

Paternalisme medis telah surut dengan semakin pahamnya pasien terhadap hak-hak mereka dalam membuat keputusan medis untuk diri mereka sendiri, maka dari itu model kerjasama dalam pengambilan keputusan telah menggantikan model otoritarian yang merupakan sifat dari paternalisme medis tradisional. Hal yang sama juga terjadi dalam hubungan di antara dokter dan profesi kesehatan yang lain. Profesi kesehatan lain semakin tidak mau mengikuti permintaan dokter tanpa mengetahui alasan di balik permintaan tersebut karena sadar bahwa mereka profesional yang memiliki tanggung jawab etis terhadap pasien; jika persepsi mereka mengenai tanggung jawab ini berbeda dengan permintaan dokter, mereka harus menanyakannya bahkan harus melawannya. Sementara dalam model otoritas hierarkis tidak ada keraguan lagi siapa yang berwenang dan siapa yang mesti menang jika terjadi konflik, pada model kerjasama dapat terjadi selisih faham mengenai perawatan pasien.

Perkembangan seperti ini merubah 'aturan main' dalam hubungan antara dokter dengan kolega dokter mereka dan dengan profesi kesehatan lain. Dalam bab ini akan diidentifikasi aspek-aspek problematis dalam hubungan tersebut dan saran mengenai jalan bagaimana menghadapinya.

PEMECAHAN KONFLIK

Dokter dapat mengalami banyak konflik dengan dokter dan profesi kesehatan lain, contohnya dalam hal prosedur perkantoran atau penggajian, namun yang menjadi fokus di sini adalah konflik dalam perawatan pasien. Idealnya keputusan layanan kesehatan merupakan persetujuan antara pasien, dokter, dan orang lain yang terlibat dalam perawatan pasien. Namun perbedaan sudut pandang dan gangguan dalam proses komunikasi dapat memunculkan perbedaan pendapat mengenai tujuan perawatan dan cara-cara mencapainya. Sumber-sumber layanan kesehatan dan kebijakan organisatoris yang terbatas mungkin membuat sulitnya tercapai kesepakatan.

Perbedaan di antara penyedia layanan kesehatan mengenai hasil yang hendak dicapai dari perawatan dan tindakan yang diberikan kepada pasien atau cara-cara yang digunakan untuk mencapai hasil tersebut harus diklarifikasi dan dipecahkan oleh anggota

tim medis sehingga tidak mempengaruhi hubungan dengan pasien. Perbedaan antara penyedia layanan kesehatan dan administrator yang berhubungan dengan alokasi sumber-sumber daya, harus dipecahkan di dalam lingkup fasilitas atau institusinya, bukan debat di depan pasien. Karena kedua macam konflik ini menyangkut etika, maka diperlukan saran dari komite etik klinik atau konsultan etika di mana sumber tersedia.

Acuan yang diberikan dapat berguna dalam memecahkan konflik tersebut :

- Konflik harus diselesaikan seinformal mungkin, seperti melalui negosiasi langsung antar orang yang terlibat konflik. Penyelesaian melalui jalur yang lebih formal hanya dilakukan jika cara informal memang sudah tidak bisa lagi memecahkan konflik.
- Harus diperoleh pendapat dari orang-orang yang terlibat langsung dan pendapat tersebut harus dihargai.
- Pilihan pasien yang berdasarkan pemahaman, atau dari wakil pasien yang sah untuk mengambil keputusan terhadap perawatan, harus menjadi pertimbangan utama.
- Jika memang pilihan harus ditawarkan kepada pasien maka lebih baik menawarkan pilihan dengan lingkup yang lebih luas dari pada yang sempit. Jika terapi yang dipilih tidak tersedia karena keterbatasan sumber maka pasien harus diberi tahu mengenai hal tersebut.
- Jika memang setelah usaha yang maksimal, persetujuan atau kompromi tidak dapat dicapai melalui dialog, keputusan dari orang yang mempunyai hak atau bertanggung jawab dalam membuat keputusan harus diterima. Jika tidak jelas siapa yang bertanggung jawab membuat keputusan, maka harus dicari mediasi, arbitrase atau judikasi.
- Jika penyedia layanan kesehatan tidak dapat mendukung keputusan karena pendapat profesional atau masalah moral pribadi, maka diijinkan untuk menarik diri dari keikutsertaan dalam menerapkan keputusan, setelah memastikan bahwa orang yang menerima perawatan tidak berisiko tersakiti atau terlantarkan.

DAFTAR PUSTAKA

ACOG Committee Opinion : Seeking and Giving Consultation, in Ethics in Obstetrics and Gynecology, *ACOG Committee Opinion* no 365, 1-6.

Dangerfield , P, Nathanson, V, Seddon, C, Martyn, E, Communication skills education for doctors:an update; Board of medical education, *British Medical Association*, 2004,

Eldar, R., Teamwork and the Quality of Care, *Croat Med J* 2005; 46 (1):157-160.

Ellingson, L.L., Communication, Collaboration, and Teamwork among Health Care Professionals, Centre for the Study of Communication and Culture, *Communication Research Trends*, Volume 21 (2002) No. 3, 1 – 21, ISSN: 0144-4646.

Epstein, R.M., 1995, Communication Between Primary Care Physicians and Consultants, *Arch Fam Med.*; 4: 403-409.

Guidelines for Physicians Regarding Referral and Consultation, 2010, *College of Physician and Surgeons of Nova Scotia*, Canada.

Murray, M, Reducing Waits and Delays in the Referral Process, *Family Practice Management* available at : www.aafp.org/fpm March 2002, 39-42.

Guidelines for Interaction between Primary and Post Primary Care Physician, *Primary/Secondary Quality Care Working Group*, 2006.

Reichman, M., Optimizing Referrals & Consults With a Standardized Process, *Family Practice Management*, available at : www.aafp.org/fpm, November/December 2007; 38-42

Tattersall, M.H.N, Butow, P.N., Brown, J, E., Thompson, J.F., Improving doctors' letters, *MJA* 2002; 177: 516–520.

Vine, D.G., 2007, Communication between colleagues - pitfalls and practical solutions, *CME*, 25; 1: 14-16.

TEKNIK KOMUNIKASI DOKTER DENGAN PROFESI LAIN YANG TERKAIT DAN PERAN DOKTER SEBAGAI SAKSI AHLI DI PENGADILAN

Adji Suwandono*

Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti pembelajaran ini, diharapkan mahasiswa mampu melakukan komunikasi dengan profesi lain yang terkait dan agar mahasiswa mampu melakukan dialog dan interaksi dua arah dengan profesi lain yang sangat berkaitan dengan profesi dokter. Semisal dengan penyidik, jaksa, LSM, pihak asuransi dan wartawan, yang dapat diaplikasikan pada peran dokter sebagai saksi ahli di pengadilan.

Adapun *learning outcome* pembelajaran ini adalah diharap mahasiswa mampu melakukan komunikasi dengan profesi lain yang terkait dengan profesi dokter yang diaplikasikan pada peran dokter sebagai saksi ahli di pengadilan, yaitu:

1. Mampu menjaga hubungan antar profesi
2. Mampu mengenali kebutuhan antar profesi
3. Mampu menjaga kerahasiaan
4. Mampu memberikan informasi

**Bagian Ilmu Kedokteran Kehakiman Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta*

KOMUNIKASI DOKTER DENGAN PROFESI LAIN YANG TERKAIT

Dalam tugasnya dokter harus melakukan kegiatan mengumpulkan informasi dari seseorang atau sekelompok orang. Komunikasi merupakan keterampilan yang sangat penting dimiliki oleh dokter. Dengan komunikasi yang dilakukan dengan cepat, sederhana, murah dan efektif akan diperoleh informasi yang akurat.

Banyak kelemahan hasil interview, yang disebabkan oleh kurangnya keterampilan berkomunikasi serta sikap pewawancara (interviewer) yang kurang memperhatikan aspek psikologis responden. Atas kenyataan tersebut di atas maka keterampilan komunikasi jelas akan sangat membantu dalam melakukan tugas-tugas sebagai dokter dan saat bersosialisasi dengan profesi lainnya.

Komunikasi secara garis besar adalah proses penyampaian sinyal dan pesan. Ada beberapa macam komunikasi, tetapi komunikasi yang dilatihkan dan ditekankan pada latihan komunikasi ini adalah komunikasi verbal dan non verbal, terutama komunikasi non verbal dengan tujuan untuk memperoleh informasi/ data dari seseorang atau sekelompok orang.

Menilik Teori Dasar Komunikasi, komunikasi berasal dari kata "*communicare*" yang berarti berpartisipasi atau memberitahukan dan "*communis*" yang berarti milik bersama. Komunikasi mengandung beberapa pengertian, yaitu: (1) pertukaran pikiran atau keterangan dalam rangka menciptakan rasa saling mengerti serta saling percaya demi terwujudnya hubungan yang baik antara seseorang dengan orang lainnya; (2) pertukaran fakta, gagasan, opini atau emosi antar dua orang atau lebih, dan (3) suatu hubungan yang dilakukan melalui surat, kata-kata, simbol atau pesan yang bertujuan agar tiap manusia yang terlibat dalam proses dapat saling tukar menukar arti dan pengertian terhadap sesuatu (Liliweri A, 2008).

Pada prinsipnya, komunikasi bertujuan untuk menimbulkan saling pengertian, bukan persetujuan. Dalam suatu komunikasi seseorang bisa saja tidak menyetujui pesan yang disampaikan, tetapi apabila orang tersebut memahami pesan tersebut maka 29

dikatakan komunikasi telah berjalan baik. Terdapat lima unsur yang berperan dalam komunikasi, yakni sumber, pesan, media, sasaran, umpan balik dan akibat. Sumber (pengiriman berita atau komunikator) adalah tempat asalnya pesan. Pesan atau berita adalah rangsangan atau stimulasi yang disampaikan sumber pada sasaran. Pesan tersebut pada dasarnya adalah hasil pemikiran atau pendapat sumber yang ingin disampaikan pada orang lain. Penyampaian pesan dapat dilakukan dalam beberapa bentuk, yakni kata-kata (simbol berupa kata-kata) atau dalam bentuk bukan kata-kata (simbol berupa gerakan tubuh, gerakan tangan, ekspresi wajah dan gambar). Isi simbolik dari pesan disebut informasi, dan jika sifatnya sebagai sesuatu yang baru disebut inovasi. Media (alat pengirim pesan atau saluran pesan) adalah alat atau saluran yang dipilih oleh sumber untuk menyampaikan pesan pada sasaran.

Media dibagi menjadi dua jenis, yakni media massa dan media antar pribadi. Contoh media massa adalah surat kabar, majalah, film, radio dan televisi. Keuntungan media massa adalah sasaran yang dicapai (*coverage*) cukup banyak, sehingga lebih efisien dari segi waktu, biaya dan tenaga. Kerugiannya adalah sulit diketahui keberhasilan komunikasi yang dilakukan karena umpan balik sulit diperoleh. Kerugian lain adalah tidak dapat menyampaikan semua jenis pesan, misalnya pesan yang bersifat pribadi, tabu atau yang dinilai akan mendatangkan akibat negatif pada masyarakat. Contoh media antar pribadi adalah interaksi antara sumber dan sasaran, pembicaraan melalui telepon, surat-menyurat dan pembicaraan perorangan lainnya. Keuntungan dari cara ini adalah dapat disampaikan pesan secara lengkap dan terperinci dengan demikian keberhasilan komunikasi dapat diketahui melalui umpan balik yang diterima. Pesan yang disampaikan dapat mencakup berbagai jenis pesan, termasuk yang bersifat rahasia atau pribadi. Kerugiannya adalah jangkauan sasaran terbatas serta membutuhkan waktu, tenaga dan biaya cukup besar, apalagi jika jumlah sasaran yang dituju besar.

Sasaran (penerima pesan atau komunikan) adalah yang menerima pesan, artinya kepada siapa pesan tersebut ditujukan. Komunikan bisa berupa orang per orang, sekelompok orang, satu organisasi atau institusi atau masyarakat luas. Umpan balik (*feedback*) adalah reaksi dari sasaran terhadap pesan yang disampaikan, yang dimanfaatkan oleh sumber untuk memperbaiki dan ataupun menyempurnakan komunikasi

yang dilakukan. Dengan adanya reaksi ini, sumber akan mengetahui apakah komunikasi berjalan dengan baik atau tidak. Jika hasilnya baik disebut positif dan jika hasilnya buruk disebut negatif. Akibat (*impact*) adalah hasil dari komunikasi, yakni terjadinya perubahan pada diri sasaran. Perubahan dapat pada pengetahuan, sikap atau perilaku. Terjadinya perubahan perilaku adalah tujuan akhir komunikasi.

Profesi adalah kegiatan teknis yang berfungsi dalam kehidupan sosial, dijalankan oleh pelaku-pelaku khusus. Dengan kata lain, profesi adalah kegiatan yang hanya boleh dijalankan oleh pelaku tertentu yang diakui secara kolektif oleh sesama pelaku profesi (informal) ataupun legal oleh pemegang otoritas (formal). Perilaku pelaku profesi ditentukan oleh interaksi institusi yang didukungnya dengan institusi lainnya. Dalam masyarakat, sifat interaksi tersebut dapat berupa determinan/dominan-submisif, atau egaliter.

Keberadaan media massa dilihat pada permasalahan mikro yaitu tindakan profesional yang dijalankan oleh pelaku profesi media. Tindakan profesional ini bertolak dari sumber moral yang mendasari profesi media massa. Dengan kata lain, profesi media digerakkan oleh nilai moral melalui tindakan profesional seorang pelaku. Nilai moral ini selamanya terdiri atas 2 hal, bersifat formal dan empiris. Secara formal, nilai moral ini dirumuskan dalam kode etik (*canons of journalism*), yaitu aturan-aturan (*canon*) untuk standar tindakan profesional secara ideal. Sedang nilai moral secara empiris biasa disebut sebagai nilai praksis yang dapat diamati dari operasi kerja dan hasil kerja profesional. Operasi kerja dan hasil kerja dalam kaitan etis merupakan wilayah pengawasan dari lembaga ombudsman baik di lingkup asosiasi profesi jurnalisisme maupun manajemen perusahaan media. Pada wilayah lain, kajian kritis atas hasil kerja profesional jurnalis biasa dilakukan oleh lembaga *media watch*, untuk memperoleh gambaran mengenai nilai moral praksis tersebut.

Unsur-unsur dalam komunikasi

Komunikasi yang efektif ditandai dengan hubungan interpersonal yang baik. Setiap kali kita melakukan komunikasi, kita bukan hanya sekedar menyampaikan isi pesan, tetapi juga menentukan kadar hubungan interpersonal. Komunikasi yang efektif bukan hanya 31

menentukan isi tetapi juga mendefinisikan hubungan interpersonal. Menurut segi psikologi komunikasi, hubungan interpersonal semakin baik bila seseorang makin terbuka untuk mengungkapkan dirinya, makin cepat persepsinya tentang orang lain dan persepsi dirinya, sehingga makin efektif komunikasi yang berlangsung diantara komunikan. Terdapat tiga faktor dalam komunikasi interpersonal untuk menumbuhkan hubungan interpersonal yang baik, yaitu percaya, sikap suportif dan terbuka (Rahmat J, 1993).

Percaya merupakan faktor yang paling penting dalam komunikasi interpersonal. Rasa percaya dapat meningkatkan komunikasi interpersonal karena membuka saluran komunikasi, memperjelas penerimaan informasi serta memperluas peluang komunikasi untuk mencapai maksudnya. Kepercayaan kita terhadap orang lain dipengaruhi oleh faktor-faktor personal dan situasional. Seseorang dengan harga diri yang positif akan cenderung mempercayai orang lain, sebaliknya seseorang dengan kepribadian otoriter cenderung sukar mempercayai orang lain. Di samping faktor-faktor personal tersebut terdapat pula faktor lain seperti karakteristik seseorang, hubungan kekuasaan, sifat dan kualitas komunikasi, dan kejujuran. Seseorang akan menaruh kepercayaan kepada seseorang yang dianggap memiliki kemampuan, keterampilan atau pengalaman di bidang tertentu. Akhirnya sikap percaya kita dipengaruhi oleh persepsi yang sama antara kita dengan orang lain. Rasa percaya tumbuh bila seseorang mempunyai kekuasaan terhadap orang lain. Komunikasi yang bersifat terbuka dengan maksud dan tujuan yang jelas disertai ekspektasi yang sudah dinyatakan maka akan tumbuh rasa percaya. Sikap percaya berkembang bila setiap komunikan menganggap komunikan lainnya berlaku jujur. Kejujuran menyebabkan perilaku kita dapat diduga, hal ini mendorong orang lain untuk percaya pada kita.

Sikap suportif ialah sikap yang mengurangi sikap defensif dalam komunikasi. Sikap defensif dalam komunikasi menyebabkan komunikasi interpersonal akan gagal, karena sikap defensif akan lebih banyak melindungi diri dari ancaman yang ditanggapinya dalam situasi komunikasi ketimbang memahami pesan orang lain.

Komunikasi defensif dapat terjadi karena faktor-faktor personal seperti ketakutan, kecemasan, harga diri yang rendah, pengalaman defensif atau faktor-faktor situasional. Diantara faktor situasional itu adalah perilaku komunikasi orang lain.

Komunikasi antara dokter dengan profesi lain pada dasarnya sama dengan komunikasi pada umumnya, hanya perlu adanya penekanan bahwa dalam kita berkomunikasi antar profesi yang berbeda harus diperhatikan sikap saling menghormati dan menghargai di dalam proses interaksi yang di dalamnya mempunyai maksud dan tujuan tertentu.

Pola hubungan dokter dan pasien yang notabene mempunyai profesi yang berbedapun telah mengalami pergeseran dari zaman ke zaman. Terdapat suatu pergeseran paradigma, dimana dokter bukan lagi dianggap sebagai dewa atau orang suci tetapi telah menjadi figur manusia biasa. Hubungan antara dokter dan pasien yang dulunya menganut pola paternalistik berubah menjadi hubungan yang bersifat kontraktual. Kondisi dan situasi saat ini telah menempatkan dokter dalam peran sebagai pelaku ekonomi yakni sebagai penyedia layanan jasa. Sehingga, apabila jasa yang diberikan tidak memuaskan pasien, maka pasien pun berhak untuk menyampaikan keluhan bahkan sampai pada tuntutan hukum ke pengadilan.

Tinjauan yang dilakukan oleh Levinson (1999) menyimpulkan bahwa sebenarnya tuntutan-tuntutan malpraktek tersebut dapat dicegah dengan komunikasi dokter-pasien yang adekuat. Sehingga, dapat disimpulkan bahwa maraknya tuntutan malpraktek di masyarakat adalah cermin suatu kondisi komunikasi yang kurang baik antara masyarakat dengan profesi kesehatan, lebih spesifik lagi antara pasien dengan dokter.

Banyaknya bermunculan pelayanan kesehatan non medis yang tidak diketahui evidence basednya, yang ternyata diserbu oleh masyarakat awam. Keterbukaan informasi dan perubahan sosioekonomi masyarakat. Perubahan-perubahan tersebut telah membuat masyarakat sebagai pemakai jasa dokter semakin kritis atas mutu pelayanan kesehatan di negeri kita. Tantangan bidang kesehatan di negara kita juga bergeser dengan munculnya epidemi penyakit tidak menular yang banyak terkait dengan perilaku kesehatan seperti penyakit degeneratif dan penyakit kardiovaskuler. Peran dokter dalam komunikasi

kesehatan masyarakat pada aspek promotif dan preventif pun bertambah kompleks. Seiring dengan kondisi tersebut, perubahan perilaku pun telah dijadikan fokus pembangunan bidang kesehatan (IDI, 2007).

Dokter merupakan agen perubahan di tingkat mikro yang berhadapan langsung dengan pasien atau masyarakat umum. Tak diragukan lagi, komunikasi juga menjadi peran sentral untuk mengubah perilaku masyarakat, dari perilaku sakit ke perilaku sehat. Dalam hal ini dokter sebagai tenaga kesehatan memegang peran penting dengan melakukan komunikasi promotif dan preventif, sebagai individual atau kelompok, menuju paradigma pembangunan kesehatan yang baru yakni paradigma sehat.

Perilaku defensif dan suportif menurut Gibb :

Iklm Defensif

1. Evaluasi
 - a. Kontrol
 - b. Strategi
 - c. Netralitas
 - d. Superioritas
 - e. Kepastian

Iklm Suportif

2. Deskripsi
 - a. Orientasi masalah
 - b. Spontanitas
 - c. Empati
 - d. Persamaan
 - e. Provisionalisme

Dalam penelitian Gibb diungkapkan bahwa semakin sering orang menggunakan perilaku di sebelah kiri, maka semakin besar kemungkinan komunikasi menjadi defensif. Sebaliknya, komunikasi defensif berkurang dalam iklim suportif ketika orang menggunakan perilaku di sebelah kanan.

Seorang dokter juga diharapkan dapat menjadi agen perubahan dalam kesehatan masyarakat. Seorang dokter yang ideal salah satunya harus mampu berlaku sebagai komunikator yang melakukan persuasi kepada individu, keluarga dan masyarakat untuk melaksanakan gaya hidup yang sehat dan menjadi mitra dalam program kesehatan.

Upaya untuk melakukan perubahan perilaku kesehatan dalam bentuk kegiatan-kegiatan promosi kesehatan yang telah lama digagas sejak Konferensi Ottawa tahun 1986 tetaplah relevan dengan permasalahan saat ini. Sudah banyak studi yang menyimpulkan bahwa penyakit-penyakit tidak menular dan penyakit kronis seperti penyakit kardiovaskuler dan kanker sangat erat kaitannya dengan gaya hidup. Penanganan

penyakit-penyakit kronis tersebut membutuhkan penanganan dengan pendekatan integratif, mulai dari aspek preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif sejak di tingkat pelayanan kesehatan primer (Beaglehole *et al.*, 2008).

Oleh karena itu, seorang dokter harus ikut serta pula dalam membangun mediasi dan advokasi kesehatan dengan melibatkan masyarakat selain harus mampu menangani kesehatan individual (Liliweri, 2008).

Sosok dokter diharapkan memiliki ciri profesionalisme yang melekat pada dirinya yakni kejujuran, integritas, kepedulian terhadap pasien serta sopan santun kepada pasien. Karena itulah, saat ini Konsil Kedokteran Indonesia telah memasukkan komunikasi sebagai salah satu kompetensi yang harus dikuasai dokter di Indonesia (Ali MM *et al.*, 2006).

Sudah selangkahnya bahwa mahasiswa kedokteran khususnya di Universitas Sebelas Maret dididik untuk menjadi dokter yang mempunyai kompetensi komunikasi yang baik. Mereka harus menjadi manusia yang memiliki empati, selain memiliki moral, etika dan logika yang baik serta ilmu pengetahuan yang mutakhir. Kompetensi komunikasi mencakup komunikasi interpersonal dokter dan pasien misalnya dalam bentuk konseling maupun komunikasi kepada sasaran yang lebih luas (kelompok masyarakat). Untuk itulah, di Fakultas Kedokteran UNS telah mulai memberikan pembelajaran kompetensi komunikasi dalam kegiatan laboratorium keterampilan medik (skills lab) yang terintegrasi dalam kurikulum berbasis kompetensi.

PERAN DOKTER SEBAGAI SAKSI AHLI DI PENGADILAN

Di dalam suatu pemeriksaan persidangan perkara pidana, hakim yang melakukan pemeriksaan persidangan, namun tanpa alat bukti yang dikemukakan hakim tidak dapat mengetahui dan memahami apakah suatu tindak pidana telah terjadi dan apakah terdakwa yang dihadapkan pada persidangan benar-benar telah melakukan tindak pidana tersebut dan dapat bertanggung jawab atas peristiwa itu.

Dokter mempunyai peran penting dalam melakukan visum terhadap korban tindak pidana disamping itu juga dokter dapat hadir di persidangan untuk mengemukakan pendapatnya sesuai dengan apa yang diketahuinya. Namun pada prakteknya, di dalam

melakukan pemeriksaan seringkali dokter mendapatkan hambatan dan kendala. Di sinilah perlu kerjasama yang baik antara dokter dan penyidik sehingga pemeriksaan dapat berjalan lancar dan dapat menjawab semua fakta hukum yang terjadi. Dengan kesimpulan itu hakim dapat meyakini dan memberikan putusan pada kasus yang sedang dihadapi dan tercapai tujuan untuk mencari kebenaran yang sesungguhnya.

PEMBUKTIAN PERKARA PIDANA

Penjatuhan sanksi dalam hukum pidana diwajibkan untuk memnuhi syarat-syarat tertentu, yaitu menyangkut hukum pidana materiil dan hukum pidana formil (hukum acara pidana), sedangkan fungsi hukum acara pidana adalah :

- a. Mencari dan menemukan kebenaran
- b. Pemberian keputusan oleh hakim
- c. Pelaksanaan keputusan

Berdasarkan hal tersebut, penemuan kebenaran materiil tidak terlepas dari masalah pembuktian, yaitu tentang kejadian yang konkrit, membuktikan sesuatu menurut hukum pidana berarti menunjukkan hal-hal yang dapat ditangkap panca indera, mengutarakan hal-hal tersebut dan berpikir secara logika.

Cara yang dapat dilakukan untuk pembuktian perkara pidana di pengadilan antara lain meminta bantuan dokter sebagai saksi yang dapat membuat keterangan visum pada korban dan otopsi pada korban yang telah mati dan sewaktu-waktu dapat dimintai pendapatnya sebagai seorang ahli.

KETERANGAN AHLI

Pasal 1 angka 28 KUHP berbunyi : *"Keterangan ahli yang diberikan oleh seseorang yang memiliki keahlian khusus hal yang diperlukan untuk membuat tentang suatu perkara pidana guna kepentingan pemeriksaan"*.

Pada pasal 179 angka 1 KUHP dapat dikategorikan dua kelompok ahli, yaitu ahli kedokteran dan ahli-ahli lainnya. Syarat sahnya keterangan ahli, yaitu :

1. Keterangan diberikan kepada ahli.
2. Memiliki keahlian khusus dalam bidang tertentu.
3. Menurut pengetahuan dalam bidang keahliannya.

4. Diberikan dibawah sumpah.

Perbedaan Keterangan Ahli dan Keterangan Saksi (Rusli, 2007)

	Keterangan Ahli	Keterangan Saksi
Dari segi subyeknya	Tidak semua orang dapat memberikan keterangan, hanya orang-orang tertentu yang dapat memberikan keterangan yaitu bagi mereka yang memiliki pengetahuan khusus tentang masalah yang dihadapinya	Diberikan kepada setiap orang, tidak terbatas pada siapapun yang penting ia melihat, mengetahui dan mengalami sendiri tentang kejahatan yang diperiksa
Dari segi keterangannya	Hanya merupakan pendapat seorang ahli tentang suatu masalah yang ditanyakan	Yang disampaikan adalah peristiwa dan kejadian yang berhubungan langsung dengan kejahatan yang terjadi
Dari segi sumpah	Saya bersumpah bahwa akan memberikan keterangan yang sebenarnya tidak lain dari yang sebenarnya	Saya bersumpah akan memberikan keterangan yang sebaik-baiknya tidak lain daripada yang sebaik-baiknya

DOKTER SEBAGAI SAKSI AHLI

Salah satu tugas pokok dari hukum acara pidana ialah untuk menentukan kebenaran materiil, yaitu kebenaran yang sesungguhnya. Tugas itu tidaklah mudah bagi penyidik, penuntut umum, dan hakim yang tidak menyaksikan sendiri bagaimana proses berlangsungnya tindak pidana itu dan siapa yang menjadi pelakunya. Tugas yang amat berat itu harus dilaksanakan hanya dengan memanfaatkan saksi, terdakwa/ tersangka dan barang bukti. Tidaklah sulit bagi penyidik, penuntut umum dan hakim untuk memeriksa saksi dan terdakwa agar mau memberikan keterangan yang sebenarnya, tetapi untuk menjadikan agar barang bukti dapat membantu mengungkapkan suatu tindak pidana, mereka akan mendapatkan kesulitan oleh karena itu diperlukan jasa para ahli untuk mengungkapkan peristiwa pidana yang terjadi tersebut.

Keterangan saksi berbeda dengan keterangan ahli, keterangan saksi diberikan berdasarkan pada hal yang dilihat, didengar atau dialami sendiri, sedangkan pendapat 37

atau sangkaan yang diperoleh dari hasil pemeriksaan bukanlah merupakan keterangan saksi.

Keterangan seorang ahli adalah apa yang seorang ahli nyatakan di sidang pengadilan (Hamzah, 2006). Namun demikian, semua ketentuan yang berlaku untuk saksi yang tercantum dalam Bab 16 KUHAP juga berlaku untuk ahli termasuk dokter yang memberikan keterangan ahli. Pasal 185 KUHAP mengatur beberapa hal menyangkut saksi dalam hukum pidana antara lain :

- a. Keterangan saksi ialah apa yang saksi nyatakan di sidang pengadilan.
- b. Keterangan seorang saksi dapat dijadikan alat bukti apabila disertai alat bukti sah lainnya.
- c. Keterangan beberapa saksi yang berdiri sendiri dapat dipergunakan sebagai alat bukti apabila keterangan tersebut saling berhubungan.
- d. Syarat bagi hakim dalam memberikan penilaian atas keterangan saksi antara lain persesuaian keterangan yang diberikan diantara para saksi, cara hidup dan kesusilaan saksi.
- e. Keterangan saksi yang tidak disumpah dapat dipergunakan sebagai tambahan alat bukti yang sah apabila keterangan saksi tersebut sesuai dengan keterangan saksi yang disumpah.

Kriteria sebagai saksi ahli dalam hukum pidana dapat diartikan sebagai *"Seseorang dapat memberikan keterangan sebagai saksi ahli jika ia mempunyai pengetahuan, keahlian, pengalaman, latihan atau pendidikan khusus yang memadai untuk memenuhi syarat-syarat sebagai seorang saksi tentang hal yang berkaitan dengan keterangannya"*

1. Dokter sebagai saksi ahli memberikan keterangan tentang teori/ hipotesis.
Dalam hal ini dokter hanya dimintai keterangan tentang teori/ hipotesis sehubungan dengan adanya suatu masalah yang dapat dibuat lebih jelas melalui teori/ hipotesis.
2. Dokter sebagai saksi ahli memberikan keterangan tentang suatu obyek.
Dalam hal ini, kepada dokter disodorkan suatu obyek untuk diperiksa kemudian melalui berbagai cara diperbolehkan menurut KUHAP. Hasil pemeriksaan itu (berupa analisis dan kesimpulan) disampaikan kepada pihak peminta. Obyek-obyek itu antara lain adalah : (Abdul Mun'im Idries, 1997)

- a. Objek terdakwa
- b. Objek korban, korban terdiri atas korban mati dan korban hidup, selanjutnya korban mati terdiri atas bayi dan bukan bayi.
- c. Objek lain-lain, termasuk diantaranya :
 - 1) Bercak darah/ bercak yang diduga darah.
 - 2) Bercak mani/ bercak yang diduga mani.
 - 3) Benda-benda atau jaringan-jaringan yang berasal atau diduga berasal dari tubuh manusia.

Objek-objek lain ini perlu dimintakan bantuan dokter sebagai ahli untuk ikut membantu menemukan kebenaran material.

Yang menjadi pertanyaan sekarang ini adalah apakah keterangan dokter sebagai seorang ahli dapat berperan sebagai alat bukti? Tentu saja dalam hal ini tergantung dari cara dokter dalam memberikan keterangannya, apabila persyaratan yang diperlukan dipenuhi, maka keterangan dokter tersebut dapat berperan sebagai alat bukti yang sah, tetapi apabila persyaratan itu tidak dipenuhi maka keterangannya tidak dapat berlaku sebagai ahli. Ada beberapa kemungkinan-kemungkinan yang dapat terjadi dari keterangan dokter pada sidang pengadilan, antara lain sebagai berikut (Ohoiwutun, 2006) :

1. Sebagai alat bukti, yaitu :
 - a. Alat bukti surat/ tertulis, dengan mengingat sumpah
 - b. Alat bukti keterangan ahli/ lisan, dengan mengingat sumpah
2. Sebagai keterangan yang disamakan nilainya sebagai alat bukti

Dalam hal keterangan dokter dibawah sumpah di hadapan penyidik, dibacakan di sidang pengadilan karena dokter meninggal dunia atau karena halangan yang sah tidak dapat hadir atau tidak dipanggil karena jauh tempat tinggalnya atau karena sebab lain yang berhubungan dengan kepentingan negara.

3. Sebagai keterangan yang dapat menguatkan keyakinan hakim

Maksudnya sebagai keterangan yang menguatkan keyakinan hakim dalam hal keterangan dokter itu diberikan secara lisan di sidang pengadilan tanpa sumpah/ janji karena dokter tetap menolak mengucapkannya.

KEWAJIBAN DOKTER SEBAGAI SAKSI AHLI

Menyadari akan pentingnya peranan dokter dalam membantu menyelesaikan perkara-perkara pidana, maka pembuat undang-undang hukum acara pidana menetapkan berbagai kewajiban yang harus dilaksanakan oleh dokter apabila ia diminta bantuannya sebagai ahli. Dokter dapat dikenakan sanksi apabila ia tidak melaksanakan kewajiban tersebut tanpa alasan yang sah .

Kewajiban-kewajiban itu adalah :

A. Wajib Memberikan Keterangan Ahli

Ketentuan yang mewajibkan dokter memberikan keterangan ahli apabila diminta, dapat dilihat pada Pasal 179 angka 1 KUHP yang menyatakan : *"Setiap orang yang diminta pendapatnya sebagai ahli kedokteran kehakiman atau dokter atau ahli lainnya wajib memberikan keterangan ahli demi keadilan"*.

Ketentuan ini merupakan ketentuan yang berlaku pada tingkat pemeriksaan sidang di pengadilan yang apabila dengan sengaja tidak dipatuhi oleh yang bersangkutan tanpa alasan yang sah dapat dikenakan sanksi berdasarkan pasal 224 KUHP.

Alasan yang sah yang dapat menyebabkan dokter tidak dapat didengar keterangannya dan dapat mengundurkan diri sebagai ahli yaitu (Ohoiwutan, 2006) : Keluarga sedarah atau semenda dalam garis lurus ke atas atau ke bawah sampai derajat ketiga dari terdakwa atau yang bersama-sama sebagai terdakwa.

1. Saudara dari terdakwa atau yang bersama-sama sebagai terdakwa, saudara ibu atau bapak, juga mereka yang mempunyai hubungan karena perkawinan dan anak-anak saudara terdakwa sampai derajat ketiga.
2. Suami atau istri terdakwa meskipun sudah bercerai atau yang bersama-sama sebagai terdakwa.

B. Wajib Mengucapkan Sumpah atau Janji

Pada tingkat pemeriksaan di sidang pengadilan, dokter wajib mengucapkan sumpah atau janji sebagai ahli sebelum ia memberikan keterangan dan juga setelah memberikan keterangannya apabila dipandang perlu oleh hakim. Dalam hal dokter

menolak mengucapkan sumpah atau janji di depan penyidik sewaktu memberikan keterangan lisan, dokter tidak boleh disandera. Penyanderaan hanya dimungkinkan pada tingkat pemeriksaan di sidang pengadilan dengan surat penetapan hakim ketua sidang (Muhammad Rusli, 2007).

C. Kendala yang dihadapi Dokter Dalam Membantu Pembuktian Perkara Pidana

Di dalam melakukan tugas-tugasnya pada proses pemeriksaan untuk mempermudah proses penyidikan, dokter seringkali mendapat hambatan dalam pemeriksaannya, hambatan-hambatan tersebut antara lain :

1. Keterbatasan Fasilitas

Ilmu Forensik di Indonesia dapat dikatakan masih jauh tertinggal dengan negara-negara maju, padahal seperti yang diketahui bahwa Ilmu Forensik ini sangat penting sekali terlebih banyak kasus-kasus kejahatan yang membutuhkan keahlian dalam bidang ini. Sarana pendukungnya juga tidak difasilitasi dengan baik oleh pemerintah, selain itu kemampuan rumah sakit atau institusi kesehatan menyimpan data rekam medis juga terbatas (<http://www.mail-archive.com>/dokter).

2. Kurangnya Koordinasi Antara Penyidik dan Dokter

Dalam menyelesaikan suatu perkara tidak jarang seorang penyidik memerlukan bantuan dokter untuk ikut melakukan pemeriksaan di tempat kejadian perkara (TKP) kesempatan ini diberikan kepada penyidik. Namun ada beberapa kejadian yang terjadi pada saat dokter tiba di tempat kejadian tersebut posisi mayat sudah berpindah. Jelaslah disini bahwa koordinasi penyidik dengan dokter sangat minim, alangkah baiknya apabila penyidik tidak memindahkan posisi mayat, sebelum dokter datang dan seluruh pemeriksaan TKP selesai, sehingga dokter dapat melakukan pemeriksaan dengan tenang. Penyidik dapat memindahkan posisi mayat apabila posisi mayat tersebut mengganggu kelancaran lalu lintas.

3. Keberatan Dari Pihak Keluarga Korban

Apabila keluarga korban keberatan untuk dilakukan pemeriksaan bedah mayat, maka penyidik harus menjelaskan bahwa pemeriksaan ini harus segera dilakukan. Disamping mayat adalah merupakan barang bukti untuk memperlancar proses pemeriksaan juga tidak menutup kemungkinan bahwa keluarga itu sendiri pembunuhnya dan dengan sendirinya keberatan untuk dilakukan bedah mayat

4. Identifikasi Pada Korban yang Tidak Dikenal

Apabila ditemukannya mayat yang telah dimutilasi (terpotong/ tidak utuh lagi) oleh pelaku tersebut, maka sangat susah untuk mengidentifikasi siapa sebenarnya korban tersebut, terlebih apabila tidak ditemukannya kartu identitas seperti KTP, SIM ataupun kartu identitas lainnya. Apalagi mayat yang ditemukan hanya beberapa bagian dari tubuh seperti tangan, kaki, kepala, dll. Bagian-bagian tubuh yang ditemukan ini segera dikirim ke rumah sakit untuk dilakukan otopsi secara maksimal. Hal pertama yang diperiksa dokter adalah mengidentifikasi dan memperkirakan jenis kelamin, perkiraan umur, perkiraan berat badan dan tinggi badan. Ciri-ciri mendasar seperti ini perlu diketahui sebab apabila ada anggota keluarga ataupun masyarakat yang melapor bahwa ia kehilangan anggota keluarganya maka penyidik dapat mencocokkan ciri-ciri orang hilang tersebut dengan korban mutilasi yang ditemukan.

PETUNJUK PELAKSANAAN KEGIATAN

- Sebelum mengikuti kegiatan komunikasi dokter dengan profesi lain, dalam hal ini berperan sebagai saksi ahli di pengadilan, pelajari teori dasar-dasar komunikasi dokter dan peran dokter sebagai saksi ahli dari referensi yang dianjurkan
- Untuk berlatih sebagai saksi ahli, setelah instruktur memberi contoh, cobalah berlatih berpasangan dengan teman, 1 orang sebagai dokter, satu orang sebagai penyidik. Gunakan prosedur pelaksanaan sebagai acuan. Lakukan bergantian, bila 1 pasang mahasiswa sedang berlatih, teman dalam kelompok menyaksikan dan setelah itu memberi masukan. Pada latihan terbimbing waktu tiap pasang mahasiswa maksimal 7 menit, masukan dari anggota kelompok 2 menit. Sisa waktu pada latihan terbimbing

digunakan instruktur untuk memberi *feedback*. Untuk latihan mandiri waktu latihan disesuaikan waktu yang ada (total latihan kelompok 100 menit).

- Lakukan latihan sesuai skenario yang dipilih. Antar pasangan sebaiknya mencoba skenario yang berbeda, misal pasangan 1 berlatih skenario 1, pasangan 2 berlatih skenario 2. Karena waktu terbatas, mahasiswa disarankan berlatih sendiri skenario yang belum sempat dicobanya diluar waktu pertemuan skills lab.

**CHECKLIST PENILAIAN KETERAMPILAN KETERAMPILAN KOMUNIKASI PERAN
DOKTER SEBAGAI SAKSI AHLI DI PENGADILAN**

NO	ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	SKOR		
		0	1	2
1	Mengawali Pertemuan			
	▪ Mengucapkan salam			
	▪ Memperkenalkan diri			
	▪ Memberikan situasi yang nyaman bagi diri sendiri dan orang lain			
2	Inti Pertemuan (sesuai dengan kasus)			
	▪ Menjawab semua pertanyaan yang diajukan penyidik/ hakim dengan jelas			
	▪ Menghindari kata/ istilah kedokteran pada saat memberikan keterangan			
	▪ Memberikan keterangan teori/ hipotesis			
	▪ Memberikan keterangan secara objektif berdasarkan hasil pemeriksaan			
	▪ Memberikan penilaian hasil teori dan keterangan obyektif			
3	Menutup pertemuan			
	▪ Membuat kesimpulan dari hasil penilaian/ analisis kasus			
	▪ Mengakhiri pertemuan atas persetujuan penyidik/ hakim			
JUMLAH SKOR				

Keterangan :

- 0 Tidak dilakukan
1 Dilakukan, tidak benar
2 Dilakukan, dengan benar
Keterampilan ini digunakan dengan tepat tergantung kasusnya.

$$\text{Nilai akhir} = \frac{\text{Jumlah Skor} \times 100}{24}$$

REFERENSI

1. Abdul Mun'iem Idries, 1997. *Pedoman Ilmu Kedokteran Forensik*. Jakarta : Binarupa Aksara
2. Ali MM., Sidi IPS, Hadat T, Adam K, Rafly A, Zahir H et al. 2006. *Komunikasi Efektif Dokter-Pasien. Hal 1.10*. Jakarta : Konsil Kedokteran Indonesia
3. Andi Hamzah., 2006. *KUHP dan KUHP*. Jakarta : Rineka Cipta
4. BeagleholeR., Epping-Jordan J, Patel V, Chopra M, Ebrahim S, et al., 1990. *Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries 2(2) : 105-122*. World Health Organ Tech.
5. <http://www-archive.com/dokter@itb.ac.id/msg07902html>. Diakses pada 19 September 2010.
6. Ikatan Dokter Indonesia. *Perubahan Perilaku Fokus Utama Pembangunan Bidang Kesehatan*. <http://www.depkominform.go.id/2007/06/12>
7. Levinson W., 1999. *In context : Physician-patient communication and manage care 14(5) 226-230*. J Med Pract Manage
8. Liliweri A., 2008. *Dasar-dasar Komunikasi Kesehatan hal. 2-22*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar
9. Muhammad Rusli., 2007. *Hukum Acara Pidana Kontemporer*. Bandung : PT Citra Aditya Bakti
10. Rakhmat J., 1993. *Psikologi Komunikas. Edisi Revisi hal. 129-136*. Bandung :Remaja Rosdakarya
11. Triana Ohoiwutun, 2006. *Profesi Dokter dan Visum Et Repertum*. Malang : Dioma