

TEKNIK KOMUNIKASI

Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari topik Keterampilan Komunikasi ini diharapkan mahasiswa mampu :

1. Menyampaikan berita buruk kepada pasien dan keluarganya secara benar.
2. Memberikan *informed consent* kepada pasien dan keluarganya dengan benar.
3. Mengetahui teknik konseling yang benar.
4. Memberikan konseling kepada pasien dan keluarganya dengan benar.
5. Mengetahui teknik komunikasi dengan sejawat dengan benar (dalam konteks penanganan pasien, konsultasi penanganan pasien, rujukan pasien dan diskusi ilmiah).
6. Melakukan komunikasi dengan sejawat dengan benar (dalam konteks konsultasi penanganan pasien, rujukan pasien dan diskusi ilmiah).
7. Mengetahui teknik komunikasi khusus (dengan profesi lain) di lingkungan kerjanya.
8. Melakukan komunikasi khusus (dengan profesi lain) di lingkungan kerjanya.

Buku Pedoman Keterampilan Teknik Komunikasi bagi mahasiswa Fakultas Kedokteran Semester 7 ini terdiri dari beberapa bagian, yaitu :

1. Teknik Menyampaikan Berita Buruk
2. Teknik Konseling
3. Komunikasi dengan Sejawat
4. Komunikasi khusus dengan Profesi lain

KOMUNIKASI DOKTER - PASIEN MENYAMPAIKAN BERITA BURUK

Veronika Ika Budiastuti*, Debree Septiawan**

Yang dimaksud dengan BERITA BURUK adalah suatu situasi di mana tidak ada harapan lagi, adanya ancaman terhadap kesejahteraan fisik dan mental seseorang, sesuatu yang menuntut perubahan gaya hidup yang sudah menjadi kebiasaan, sesuatu yang membuat seseorang memiliki lebih sedikit pilihan dalam hidupnya¹.

Atau dapat pula dikatakan bahwa BERITA BURUK adalah setiap "informasi negatif" tentang masa depan seseorang.

BERITA BURUK ini sering sekali diasosiasikan dengan penyakit-penyakit terminal yang sudah tidak mungkin lagi disembuhkan, seperti kanker.

Namun sebenarnya bukan itu saja. Ada beberapa situasi yang juga dikategorikan sebagai berita buruk :

1. Diagnosis penyakit kronis (contoh : diabetes melitus).
2. Cacat atau hilangnya suatu fungsi (contoh : impotensi, hemiplegia, kebutaan, dll).
3. Adanya kebutuhan perawatan atau pengobatan yang memberatkan/ menyakitkan/ mahal.

**Bagian Biokimia Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta*

***Bagian Ilmu Kesehatan Jiwa Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta/ RSUD dr Moewardi Surakarta.*

Selain itu kadang – kadang informasi yang sering dianggap “netral” oleh dokter, juga merupakan KABAR BURUK bagi pasien, contoh :

1. Hasil USG pada seorang wanita hamil yang memverifikasi kematian janin.
2. Hasil MRI pada seorang wanita paruh baya yang menegaskan diagnosis Multiple Sclerosis.
3. Diagnosis yang datang pada waktu yang tidak tepat, misalnya : seseorang terdiagnosis menderita *Unstable Angina* yang memerlukan tindakan *angioplasty* pada minggu pernikahan putrinya.
4. Suatu diagnosis yang menyebabkan seseorang menjadi tidak sesuai dengan bidang kerja atau pendidikannya. Misalnya : diagnosis buta warna pada calon mahasiswa kedokteran; atau tremor kasar pada seorang dokter ahli bedah kardiovaskular.
5. dan lain lain.

Menyampaikan berita buruk sebenarnya bukan merupakan hal yang baru dalam dunia kedokteran, namun bagaimana sikap seorang dokter dalam menyikapinya telah mengalami banyak perubahan besar dalam 30 tahun terakhir. Pergeseran tersebut diakibatkan karena saat ini otonomi pasien sudah jauh lebih besar, sehingga gaya paternalistik sudah tidak terlalu cocok lagi untuk digunakan. Hal tersebut disebabkan oleh peningkatan pengetahuan yang dimiliki pasien (beserta keluarga pasien)^{2,3,4}.

Gaya paternalistik merupakan konsep lama yang digunakan untuk menyampaikan berita buruk pada pasien (gaya ini masih umum dan masih banyak dipraktekkan sampai saat ini)⁴.

Yang mendasari gaya paternalistik adalah :

- Nasehat dari Hippocrates dalam mengabarkan berita buruk :
“Sembunyikanlah beberapa hal dari pasien saat anda menjumpainya. Berikan saja perintah – perintah seperlunya dengan tetap tenang dan ramah...jangan ungkapkan kondisi pasien sekarang atau masa yang akan datang.....sebab bagi sebagian pasien, kondisi mereka akan semakin bertambah buruk bila mereka mengetahui kondisi tidak baik yang akan menimpa mereka”

- Kode Etik dari Asosiasi Medis Amerika (tahun 1847) :

Kehidupan orang sakit dapat dipersingkat tidak hanya oleh tindakan, tetapi juga oleh kata-kata ataupun perilaku dokter. Oleh karena itu merupakan sebuah tugas suci bagi para dokter untuk menjaga dirinya sendiri dengan hati-hati dalam hal ini, dan untuk menghindari segala sesuatu yang memiliki kecenderungan untuk membuat pasien putus asa dan tertekan semangatnya.

Namun, pada dekade sekarang ini model paternalistik digantikan oleh model lain yang lebih menekankan otonomi pasien dan penjelasan secara lengkap/ jelas. Pada model yang baru ini pengungkapan diagnosis dan prognosis diberikan secara jujur, serta diberikan pula pilihan – pilihan terapi atau penanganan yang dapat dipilih oleh pasien, sehingga dapat sesuai dengan keinginan dan nilai – nilai yang dianut pasien.

Pada tahun 1961; dari 193 dokter ada 169 (88%) yang secara rutin menjelaskan pada pasien mengenai diagnosis kanker dengan gaya `eufemisme` (contoh: istilah kanker diganti dengan "pertumbuhan", dll). Dokter – dokter tersebut menganut pandangan bahwa lebih baik menerangkan sesedikit mungkin mengenai kanker dengan harapan dapat terus menjaga perasaan pasien sehingga kerjasama pasien dapat terus terjaga, dan pengobatan dapat terus berlangsung dengan baik. Namun, dalam penelitian tersebut juga ditemukan bahwa ternyata sebagian besar pasien justru menginginkan kebenaran mengenai diagnosis dan situasi mereka.

(Selain itu memang disarankan untuk menggunakan pendekatan langsung pada saat menyampaikan berita buruk (jangan menggunakan gaya eufemisme), sebab akan menimbulkan ketidakjelasan / menimbulkan pertanyaan lagi pada pasien maupun keluarganya. Gaya – gaya eufemisme ini biasanya digunakan oleh para dokter untuk menghindarkan adanya reaksi emosi dari pasien; sehingga dokter tidak perlu menghadapinya).

Dari penelitian lain tahun 1982 terhadap 1.251 warga Amerika²; diketahui bahwa 96%-nya berharap akan diberitahu keadaan yang sesungguhnya oleh dokter apabila mereka sampai terdiagnosis menderita kanker, 85% pasien menginginkan penjelasan untuk prognosis penyakit, termasuk tentang seberapa lama lagi mereka masih bisa

bertahan atau bisa hidup. Penelitian ini didukung dengan banyak penelitian lain pada tahun – tahun berikutnya.

Penelitian yang sama juga telah dibuat di Eropa, dan hasilnya tidak jauh berbeda dengan penelitian di Amerika². Pasien di sana menginginkan penjelasan yang jujur mengenai penyakit mereka (kanker), termasuk tentang kesempatan yang bisa diperoleh dari terapi yang mereka jalani (seberapa persen kemungkinan keberhasilannya), juga mengenai efek samping terapi.

Penelitian di Asia (China) ternyata juga tidak jauh berbeda⁵. Mayoritas pasien ingin diberikan informasi mengenai situasi / penyakit mereka yang sebenarnya. Namun perlu sedikit modifikasi dalam penyampaiannya, karena umumnya di Asia pembicaraan soal kematian masih dianggap sebagai “tabu”, juga karena adanya peran keluarga yang cukup besar dan berpengaruh. Namun demikian, dalam hal penyampaian berita buruk tetap disarankan untuk mendengar apa yang diinginkan pasien, dan bukan keinginan keluarga⁵.

MENGAPA PENTING MENGUNGKAPKAN INFORMASI / BERITA BURUK PADA PASIEN ?

1. Sebagian besar pasien memang ingin mengetahui apa yang sedang terjadi pada dirinya.
2. Sebagian besar pasien ingin mengetahui kemungkinan apa saja yang bisa terjadi pada dirinya, termasuk terapi apa saja yang bisa diperoleh, prognosis, dan efek samping terapi.
3. Ketika dokter menahan informasi dari seorang pasien, berarti dokter tersebut sudah mengurangi otonomi seorang pasien.
4. Apabila pasien akhirnya mengetahui bahwa ternyata ada informasi yang tidak diberikan padanya, maka akan hilanglah rasa percayanya pada dokter

KESULITAN KESULITAN DALAM MENYAMPAIKAN BERITA BURUK

Ada beberapa hal yang sering dikeluhkan oleh dokter saat harus menyampaikan berita buruk pada pasien :

1. Bagaimana cara yang tepat untuk bisa jujur pada pasien tanpa mengurangi harapan mereka.
2. Bagaimana cara menghadapi dan menangani emosi pasien saat mereka mendengar berita buruk mengenai dirinya. Apakah saya sanggup ?
3. Kapankah waktu yang tepat untuk menyampaikan berita buruk pada pasien ?

Berikut ini adalah 6 (enam) langkah dari Robert Buckman yang bisa digunakan sebagai pedoman dalam menyampaikan berita buruk pada pasien².

PROTOKOL ENAM LANGKAH UNTUK MENYAMPAIKAN BERITA BURUK

1	PERSIAPAN	<ul style="list-style-type: none">• Pilih ruangan yang menjamin privacy, dan usahakan baik dokter maupun pasien bisa duduk dalam posisi yang nyaman.• Tanyakan pada pasien apakah dia menghendaki ada orang lain yang menemaninya, apakah suami / istri, anak, atau keluarga lainnya. Biarlah pasien sendiri yang memutuskan.• Mulailah dengan memberikan pertanyaan seperti: <i>"Bagaimana perasaan anda sekarang ?"</i>. (Pertanyaan ini untuk mulai melibatkan pasien dan menunjukkan pada pasien bahwa percakapan selanjutnya adalah percakapan dua arah. Pasien tidak hanya mendengarkan dokter bicara).
2	MENCARI TAHU SEBANYAK APA	Mulailah mengajukan pertanyaan untuk menggali informasi dari pasien supaya anda dapat mulai memahami.

	<p>INFORMASI YANG SUDAH DIMILIKI PASIEN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apakah pasien sudah tahu mengenai penyakitnya/ situasinya. Contoh : <i>"Saya menderita kanker paru-paru, dan saya memerlukan pembedahan"</i>. • Seberapa banyak dia tahu ? Darimana dia tahu ? (<i>"dokter A mengatakan ada sesuatu kelainan yang ditemukan di foto roentgen dada saya"</i>) • Tingkat pengetahuan pasien (<i>"Dok, saya terkena Adenocarcinoma T2N0 "</i>) • Situasi emosional pasien (<i>"Saya takut jangan – jangan saya terkena kanker, Dok ... sampai – sampai seminggu ini saya jadi susah tidur"</i>). <p>Terkadang pasien atau keluarga pasien (orang tua pada pasien anak) mungkin tidak bisa menjawab atau merespon pertanyaan anda, dan mungkin memang tidak mengetahui sama sekali mengenai penyakit mereka.</p> <p>Pada kasus – kasus seperti itu , teknik yang bisa digunakan untuk menstimulasi diskusi adalah dengan menanyakan kembali tentang hal – hal yang sudah mereka ketahui seperti riwayat penyakit dan hasil pemeriksaan atau hasil test yang telah dilakukan sebelumnya.</p>
3	<p>MENCARI TAHU SEBERAPA BANYAKKAH INFORMASI YANG INGIN DIKETAHUI PASIEN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Penting untuk menanyakan pada pasien seberapa detil informasi yang ingin didengarnya. Apakah sangat detil, atau hanya gambaran besarnya saja ? • Perlu diperhatikan bagaimana cara bertanya, dan kemungkinan reaksi pasien. (Setiap pasien tidak akan sama , bahkan pada pasien yang sama kemungkinan akan berubah permintaannya selama dalam satu sesi percakapan). <p>Beberapa pertanyaan yang sering digunakan pada tahap ini</p>

		<p>misalnya :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Bapak/ ibu, bila nanti situasi atau kondisi/ hasil test menunjukkan sesuatu yang serius, apakah saya bisa memberitahukan pada anda mengenai masalah tersebut ?</i> • <i>Apakah bapak / ibu ingin saya menjelaskan secara rinci atau hanya garis besar dari kondisi bapak / ibu sekarang ?</i> • <i>Bapak / Ibu, hasil test anda sudah keluar. Apakah saya bisa menjelaskan pada bapak / ibu, atau bapak / ibu ingin agar saya menjelaskan kondisi anda pada keluarga ?</i> • <i>DII</i>
4	BERBAGI INFORMASI	<ul style="list-style-type: none"> • Penting untuk mempersiapkan segala data sebelum anda bertemu dengan pasien. • Topik pada tahap ini biasanya adalah mengenai diagnosis, terapi / penanganan, prognosis, serta dukungan / fasilitas apa saja yang bisa diperoleh oleh pasien dan keluarganya. • Berikan informasi dalam potongan kecil, dan pastikan untuk berhenti menjelaskan (beri jeda di antara potongan – potongan informasi itu) untuk memastikan bahwa pasien paham dengan yang kita jelaskan. • Ingatlah untuk menerjemahkan istilah medis ke dalam bahasa Indonesia, dan jangan mencoba untuk mengajar patofisiologi (jelaskan dengan lebih sederhana). <p>Beberapa contoh bahasa yang bisa digunakan untuk menyampaikan berita buruk :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Pak Harun, saya khawatir bahwa kabar yang akan saya sampaikan ini adalah kabar yang kurang baik. Hasil test anda ternyata menunjukkan bahwa anda positif terkena HIV.</i>

		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Bu Siti, mohon maaf saya terpaksa menyampaikan kabar ini. Hasil biopsi benjolan pada payudara ibu menunjukkan bahwa ibu terkena kanker payudara.</i> • <i>Bu Dinar, hasil test putri anda sudah keluar, dan ternyata hasilnya tidak seperti yang kita harapkan. Hasil tersebut menunjukkan bahwa putri anda terkena leukemia.</i> • <i>dll</i>
5	MENANGGAPI PERASAAN PASIEN	<p>Jika anda tidak memberikan tanggapan terhadap emosi yang muncul pada pasien, anda sama saja seperti “meninggalkan urusan sebelum urusan tersebut selesai ..”. Selain itu Anda juga bisa dianggap sebagai seorang dokter yang tidak memiliki kepedulian pada pasien.</p> <p>Kalimat – kalimat yang bisa digunakan pada tahap ini :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Saya tahu bahwa hasil ini adalah hasil yang tidak kita harapkan....</i> • <i>Saya tahu bahwa kabar ini adalah kabar yang tidak mengenakan....</i> • <i>Setelah mengetahui hasilnya, kira –kira hal apakah yang bisa saya bantu ?</i> • <i>dll.....</i>
6	PERENCANAAN DAN TINDAK LANJUT	<ul style="list-style-type: none"> – Pada titik ini Anda perlu mensintesis rasa kekhawatiran pasien dan isu-isu medis ke dalam rencana konkret yang dapat dilakukan dalam rencana perawatan pasien. – Buatlah rencana langkah – demi langkah dan Berikan penjelasan yang lengkap pada pasien tentang apa saja yang harus dilakukannya pada tiap langkah, dan apa saja yang mungkin terjadi, dan apa saja yang bisa membantu mengatasinya bila ternyata muncul hal yang tidak diinginkan.

		<p>Berikut adalah mengenai <u>penjelasan prognosis</u>;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ada baiknya dokter mencari tahu tentang harapan pasien, ataupun alasan pertanyaan mereka. - Hal tersebut bisa dilakukan dengan cara memberikan pertanyaan. - Berikut adalah contoh – contoh kalimat ataupun pertanyaan yang biasa digunakan : <ul style="list-style-type: none"> • <i>Jadi, apa sebenarnya yang menjadi kekhawatiran bapak mengenai pengobatan ?</i> • <i>Jadi situasinya memang demikian, Ibu... Tetapi mungkin masih ada sesuatu yang bisa saya bantu untuk ibu ?...</i> • <i>Jadi ibu ingin mengetahui tentang berapa persen kemungkinan putra ibu bisa bertahan ?</i>
--	--	---

HAL – HAL YANG DIANGGAP PENTING OLEH PASIEN DALAM PENYAMPAIAN BERITA BURUK

- ISI

Yang dimaksud di sini adalah apa saja yang dibicarakan, dan seberapa banyak informasi atau keterangan yang diberikan oleh dokter. Item ini sangat berhubungan dengan angapan/ kepercayaan pasien terhadap kompetensi dokter di bidangnya, juga tentang pengetahuan dokter mengenai perkembangan terbaru mengenai penyakit/ kasus mereka.

- *Pasien dengan pendidikan yang lebih tinggi diketahui lebih banyak mementingkan isi⁶.*

- SUPPORT

Yang dimaksud di sini adalah aspek supportif dalam komunikasi dokter. Jadi apakah dalam penyampaian berita buruk ini dokter bersikap baik, memberi support/

dukungan yang cukup, dll. Termasuk pula di sini apakah dokter bersedia mengkomunikasikan hal – hal yang menyangkut diagnosis, prognosis, treatment, dll kepada keluarga atau orang lain, dan juga menyediakan berbagai informasi yang ingin diketahui pasien.

– *Diketahui pasien wanita lebih banyak mementingkan hal tersebut di atas*⁶.

- FASILITASI

Yang dimaksud di sini adalah kapan dan di mana informasi diberikan. Apakah dalam ruangan dengan privacy yang cukup, dokter memperhatikan pasien dengan sungguh – sungguh (tidak sambil lalu saja). Juga apakah dokter menunggu sampai seluruh hasil diperoleh, sehingga sudah cukup data untuk menyimpulkan situasi pasien sebelum akhirnya dokter menyampaikan berita buruk pada pasien.

– *Diketahui pasien – pasien dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi dan pasien – pasien muda sangat mementingkan hal ini*⁶.

HAL LAIN YANG HARUS DIPERHATIKAN DALAM MENYAMPAIKAN BERITA BURUK :

Ada banyak faktor yang mempengaruhi cara penerimaan pasien terhadap “berita buruk “. Hal tersebut antara lain : jenis kelamin, tingkat pendidikan, usia, kematangan pribadi, jenis kepribadian, faktor sosial budaya, cara pandang tentang hidup itu sendiri, dll.

Sangat penting bagi seorang dokter untuk mengenali pasiennya , atau paling tidak mengetahui latar belakang pasien dan keluarganya sebelum menyampaikan suatu berita buruk sebab dalam hal penerimaan berita buruk, kita tidak bisa mengharapkan reaksi yang sama dari setiap pasien. Faktor – faktor yang disebutkan di atas memang akan sangat berpengaruh.

KESALAHAN YANG UMUM DILAKUKAN DALAM MENYAMPAIKAN BERITA BURUK

1. Menyampaikan berita buruk bukan di tempat yang menjamin privacy, misalnya disampaikan di lorong rumah sakit, di pintu IGD, dll.
2. Interupsi / pemberian penjelasan terpotong atau terganggu karena suatu hal (misalnya menerima atau menjawab telepon, HP berbunyi, ada perawat meminta tanda tangan, dll).
3. Penyampaian kabar buruk melalui telepon. Hindari hal ini karena dokter tidak tahu bagaimana situasi dan kondisi pasien saat menerima kabar buruk tersebut.
4. Dokter terlalu banyak bicara (biasanya karena dokter sendiri merasa tidak nyaman atau nervous).
5. Efek iatrogenik yaitu berita buruk yang disampaikan memperburuk kondisi pasien baik secara fisik maupun psikologis atau bahkan menimbulkan gangguan baru secara fisik atau fisiologis (misalnya, pasien pria mendapat berita buruk tentang mengidap diabetes melitus, penjelasan tentang akibat diabetes yang salah satunya impotensi menyebabkan pasien cemas sehingga menjadi impotensi psikogenik).

TUGAS UNTUK MAHASISWA :

- A. Lakukan *role play* bergantian dengan rekan anda, dan gunakan ceklis yang ada.
- B. Kasus untuk *role play* :
 1. Penyampaian diagnosis *Ca Mammae* pada seorang ibu rumah tangga berumur 36 tahun.
 2. Penyampaian diagnosis Hemiplegia pada pasien cedera tulang punggung (akibat kecelakaan lalu lintas), laki-laki usia 40 tahun.
 3. Penyampaian diagnosis Leukemia pada anak umur 6 tahun (berita disampaikan pada orang tuanya).
 4. Penyampaian diagnosis Gagal Ginjal pada pasien penderita Diabetes kronis umur 60 tahun.

5. Penyampaian diagnosis *Ca Pulmo* pada seorang laki-laki, perokok berat umur 54 tahun.

**CEKLIS PENILAIAN KETERAMPILAN
MENYAMPAIKAN BERITA BURUK**

No	ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	SKOR		
		0	1	2
1	Dokter bersikap ramah pada pasien (<i>memperlihatkan bahasa tubuh yang baik</i>).			
2	Dokter mempersilahkan pasien masuk dalam ruang yang cukup privacy.			
3	Dokter menawarkan pada pasien apakah dia ingin ditemani oleh keluarganya atau siapa pun yang diinginkannya.			
4	Dokter membuka percakapan dan berusaha melibatkan pasien			
5	Dokter mengajukan pertanyaan pada pasien untuk mengetahui / mengeksplorasi sampai di mana pasien telah mengetahui keadaan dirinya. (<i>termasuk seberapa tingkat pengetahuan pasien dan situasi atau keadaan emosi pasien</i>).			
6	Dokter menanyakan pada pasien seberapa detil informasi yang ingin didengarnya			
7	Dokter memberikan informasi dengan cara yang tepat, sesuai dengan situasi dan latar belakang pasien beserta keluarganya.			
8	Dokter memastikan bahwa pasien paham dengan penjelasannya.			
9	Dokter memberikan tanggapan terhadap emosi yang muncul pada pasien			
10	Dokter menjelaskan perencanaan terapi dan penanganan.			
11	Dokter memastikan apakah pasien (dan keluarganya) paham dengan penjelasan mengenai terapi dan penanganan.			
12	Dokter melibatkan pasien dalam merencanakan terapi dan penatalaksanaan selanjutnya.			
13	Dokter menjawab pertanyaan tentang prognosis dengan cara yang tepat			
14	Dokter memberikan kesempatan pada pasien dan keluarganya untuk mengajukan pertanyaan (di sepanjang wawancara)			
15	Dokter menjawab pertanyaan dari pasien (dan keluarganya) dengan perhatian dan sopan (di sepanjang wawancara)			
16	Dokter mengakhiri wawancara dengan tepat.			
	JUMLAH SKOR			

Keterangan :

- 0 Bila tidak dilakukan mahasiswa, atau sudah dilakukan tetapi keliru
- 1 Bila sudah dilakukan mahasiswa tapi belum sangat tepat
- 2 Bila sudah dilakukan mahasiswa dan dianggap tepat (minimal 75% tepat)

$$\text{Nilai akhir} = \frac{\text{Jumlah Skor} \times 100}{32}$$

DAFTAR PUSTAKA

1. Bor R, Miller R, Goldman E, Scher. The meaning of bad news in HIV disease: counseling about dreaded issues revisited. *Counseling Pschol Quarterly*. 1993; 6: 69-80.
2. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES- A six step protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*. 2000; 5:302-311.
3. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *The Lancet*. 2004; 363: 312-319.
4. Vandekieft GK. Breaking Bad News. *American Family Physician*, Des.2001; Vol.64 no.12.
5. Tse, CY. Fox, SY. Chong A. *Palliat Med*, June 2003. vol. 17 no. 4: 339-343.
6. Parker PA, Baile WF, de Moor, C, Lenzi R, Kudelka AP, Cohen L. Breaking Bad News About Cancer: Patients' Preferences for Communication. *Journal of Clinical Oncology*, Vol 19, Issue 7 (April), 2001: 2049-2056
7. Maramis, W.F., 2009. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Airlangga Universitas Press.

TEKNIK KONSELING

Eti Poncorini Pamungkasari*, Debree Septiawan**

TUJUAN PEMBELAJARAN

Adapun tujuan pembelajaran setelah mempelajari keterampilan ini adalah diharapkan mahasiswa mampu melakukan konseling pada pasien, yaitu :

1. Mampu menjaga hubungan
2. Mampu mengenali kebutuhan pasien
3. Mampu mengerti perasaan orang lain
4. Mampu menumbuhkan peran serta pasien
5. Mampu menjaga kerahasiaan
6. Mampu memberikan informasi

DASAR TEORI

Definisi konseling adalah suatu hubungan profesional antara konselor dengan klien, untuk membantu klien memahami dan memperjelas pandangan hidupnya, belajar mencapai tujuan yang ditentukan sendiri melalui pilihan-pilihan yang bermakna. Hubungan ini biasanya dilakukan orang per orang. Konseling adalah salah satu pendekatan yang bisa digunakan dalam pendidikan kesehatan untuk menolong individu dan keluarga.

**Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta*

***Bagian Ilmu Kesehatan Jiwa Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta/ RSUD dr Moewardi Surakarta.*

Selama konseling seseorang yang membutuhkan dan seseorang yang memberi dukungan dan dorongan (konselor) bertemu dan berbicara satu sama lain sehingga orang yang membutuhkan pertolongan akan memperoleh kepercayaan dalam kemampuannya untuk mendapatkan pemecahan dari masalah yang dihadapinya. Konseling juga menjadi bagian penting pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan, karena konseling membantu orang agar mengetahui apa yang dapat mereka lakukan atas usaha mereka sendiri, supaya tetap sehat.

Semua petugas kesehatan harus dapat menjadi konselor. Hal yang penting untuk menjadi konselor adalah bersedia mendengarkan sebaik-baiknya apa yang dikatakan orang, dan mendorong tanggungjawab orang tersebut dalam memecahkan masalah. Konseling merupakan suatu *helping relationship*, jadi konselor akan membantu klien untuk memecahkan masalah.

Tujuan konseling

Melalui konseling, orang diajak memikirkan masalahnya sendiri, sehingga akan tumbuh pengertian yang lebih baik terhadap penyebab masalah. Kemudian diharapkan orang tersebut mempunyai inisiatif dalam memecahkan masalahnya tersebut. Tindakan yang diambil merupakan keputusan orang tersebut, walaupun konselor bisa saja berperan sebagai pengarah. Hasil yang diambil dalam konseling adalah pilihan, bukan paksaan atau nasehat. Sesuatu yang menurut petugas kesehatan baik, belum tentu sesuai dengan orang lain, karena situasi dan kondisi masing-masing orang berbeda. Dengan konseling, orang itu sendiri yang akan memutuskan apa yang akan dilakukan, sehingga pemecahan masalah yang diambil diharapkan lebih tepat dan mendapatkan hasil seperti yang diinginkan.

Tipe-tipe konseling :

1. Konseling krisis

Merupakan konseling yang dilakukan untuk membantu seseorang yang berada pada situasi krisis. Krisis didefinisikan sebagai suatu keadaan disorganisasi saat seseorang mengalami frustrasi karena mengalami gangguan dalam hidupnya, misalnya: kematian orang yang dicintai, kehamilan tidak dikehendaki, kehilangan

pekerjaan, masalah keuangan yang berat, kecanduan obat bius. Pada tipe ini konselor perlu menerima situasi dan menciptakan keseimbangan pribadi serta penguasaan diri. Dengan demikian diharap kecemasan klien dapat mereda dan klien merasa mendapatkan dukungan dari konselor. Pada tipe ini konselor di awal memerlukan lebih banyak intervensi daripada tipe yang lain, karena klien harus sesegera mungkin mendapatkan bantuan.

2. Konseling fasilitatif

Merupakan suatu proses membantu klien untuk memahami permasalahannya, selanjutnya klien yang lebih banyak berperan dalam rencana tindakan yang akan dilakukan. Contoh kasus: memilih metode kontrasepsi. Waktu yang dibutuhkan bervariasi, bisa singkat atau jangka panjang tergantung kasusnya.

3. Konseling preventif

Merupakan konseling yang bersifat mendukung suatu program, misalnya program pendidikan seks di sekolah untuk mencegah hal-hal yang tidak diinginkan. Waktu yang dibutuhkan tergantung suatu program.

4. Konseling developmental

Merupakan suatu proses berkelanjutan untuk membantu klien mencapai pertumbuhan pribadi yang positif. Biasanya terintegrasi pada suatu program pendidikan, misalnya bimbingan konseling di sekolah dasar dan menengah. Waktu yang diperlukan terus menerus.

Aturan dalam konseling :

1. Menjaga hubungan

Konselor harus menunjukkan sikap perhatian dan kepedulian. Perhatian diberikan untuk membina hubungan baik sejak awal dengan orang yang ingin dibantunya. Orang akan lebih suka berbicara dan mencurahkan pikiran pada orang yang dipercayainya.

2. Mengenali kebutuhan

Konselor berusaha mengerti masalah seperti orang yang mempunyai masalah tersebut. Konselor tidak langsung menunjukkan masalah apa yang terjadi, tapi

membantu dengan pertanyaan-pertanyaan terbuka supaya orang tersebut mengenali masalahnya sendiri. Tugas konselor adalah mendengarkan dengan cermat.

3. Mengerti perasaan orang lain

Konselor harus menumbuhkan empati (pengertian dan penerimaan) terhadap perasaan seseorang, bukan simpati (kesediaan dan kasihan). Seseorang konselor tidak boleh mengatakan "*Anda tidak perlu kuatir akan hal itu*". Adalah sesuatu yang wajar apabila seseorang merasa takut dan cemas akan masalah yang dihadapi. Seorang konselor yang baik akan membantu orang untuk menyadari perasaannya dan menanganinya.

4. Menumbuhkan peran serta

Konselor tidak boleh membujuk orang untuk mengikuti saran-sarannya. Apabila sarannya ternyata salah, orang akan marah dan tidak percaya lagi pada konselor. Apabila sarannya benar, orang akan tergantung pada konselor untuk memecahkan semua masalah yang dihadapi. Konselor akan membantu orang untuk memikirkan semua faktor dalam masalah yang dihadapi, dan mendorong orang untuk memilih cara pemecahan yang terbaik dalam situasi tertentu.

5. Menjaga kerahasiaan

Dalam pembicaraan akan sangat mungkin menyangkut hal-hal yang bersifat pribadi, dan bahkan mungkin memalukan bagi orang tersebut. Informasi ini harus dijaga kerahasiaannya. Konselor tidak boleh membocorkan isi pembicaraan tanpa ijin khusus dari kliennya.

6. Informasi dan sumber daya

Meskipun konselor tidak memutuskan pemecahan masalah klien, ia harus memberikan informasi dan sumber daya yang diperlukan kliennya agar dapat mengambil keputusan yang baik. Konselor sebaiknya tidak memberikan ceramah, tetapi memberikan contoh-contoh nyata dalam pembicaraan supaya orang dapat melihat lebih jelas masalah mereka.

Dalam konseling sebaiknya tidak tergesa-gesa, bila konselor tergesa-gesa maka situasi tidak akan nyaman, dan sulit untuk mendorong seseorang memutuskan sesuatu.

Hal-hal yang sebaiknya dimiliki oleh konselor :

1. Kesadaran akan diri dan nilai-nilai.
2. Kesadaran akan adanya heterogenitas dalam masyarakat, misal: keragaman budaya.
3. Kemampuan menganalisis kemampuan diri.
4. Kemampuan berperan sebagai teladan.
5. Kesiapan berkorban misalnya dalam hal waktu dan tenaga.
6. Berpegang kuat pada etik konseling, misalnya tidak membocorkan rahasia klien
7. Tanggung jawab

Langkah konseling

1. Menyatakan kepedulian

Konseling dimulai dengan memberikan kepedulian dan keprihatinan terhadap masalah yang dihadapi klien. Diharapkan timbul semangat dan keinginan klien untuk menyelesaikan masalah.

2. Membentuk hubungan

Pada tahap ini konselor harus dapat menunjukkan dirinya sebagai sosok pribadi yang dapat dicontoh, untuk menimbulkan kepercayaan klien.

3. Menentukan tujuan dan eksplorasi masalah

Tujuan ditentukan dengan berdiskusi. Bila tujuan yang disampaikan klien tidak jelas, konselor perlu melakukan eksplorasi masalah. Tujuan konseling dapat berupa: perubahan diri klien secara fisik maupun psikis, terbentuknya perasaan diterima atau dipercaya, terciptanya pemahaman atau pengertian klien terhadap masalah, penyelesaian suatu masalah.

4. Menangani masalah

Konselor harus mampu membuat prioritas dalam menentukan masalah mana yang akan ditangani lebih dulu.

5. Menumbuhkan kesadaran

Untuk menumbuhkan kesadaran, konselor harus berusaha supaya klien mencapai pemahaman.

6. Merencanakan tindakan

Pemahaman saja kadang tidak cukup membuat klien mudah untuk mengambil keputusan, peran konselor adalah membantu klien merencanakan tindakan.

7. Melakukan penilaian dan mengakhiri konseling

Konselor akan menilai sejauh mana klien telah mencapai tujuan konseling, namun untuk mengakhiri konseling diperlukan persetujuan klien.

Keterampilan-Keterampilan yang diperlukan oleh konselor

A. Perilaku *Attending*

Perilaku *attending* disebut juga perilaku menghampiri, termasuk di dalamnya adalah kontak mata, bahasa tubuh, dan bahasa lisan. Perilaku *attending* yang baik dapat meningkatkan harga diri klien, menciptakan suasana yang aman dan mempermudah ekspresi perasaan klien dengan bebas.

Contoh perilaku *attending* yang baik :

- Kepala : mengangguk jika setuju
- Ekspresi wajah : tenang, ceria, senyum
- Posisi tubuh : agak condong ke arah klien, jarak antara konselor dengan klien sesuai
- Tangan : variasi gerakan tangan/lengan, menggunakan tangan sebagai isyarat, menggunakan tangan untuk menekankan ucapan.
- Mendengarkan : aktif mendengar aktif (ingat Keterampilan sambung rasa)

Contoh perilaku *attending* yang tidak baik :

- Kepala : kaku
- Muka : kaku, ekspresi melamun, mengalihkan pandangan, tidak melihat pada klien yang sedang bicara, mata melotot.
- Posisi tubuh : tegak kaku, bersandar, miring, jarak duduk dengan klien terlalu jauh atau terlalu dekat.
- Memutuskan pembicaraan, berbicara terus tanpa ada teknik diam untuk memberi kesempatan klien berfikir dan berbicara.
- Perhatian : tidak konsentrasi pada pembicaraan.

B. Empati

Empati ialah kemampuan konselor untuk merasakan apa yang dirasakan klien, merasakan dan berfikir bersama klien. Terdapat dua macam empati, yaitu :

1. Empati primer, yaitu bentuk empati yang hanya berusaha memahami perasaan, pikiran dan keinginan klien, dengan tujuan agar klien dapat terlibat dan terbuka. Contoh pernyataan yang menunjukkan empati primer : *"Saya dapat merasakan bagaimana perasaan Anda"; "Saya dapat memahami pikiran Anda"; "Saya mengerti keinginan Anda".*
2. Empati tingkat tinggi, yaitu empati apabila kepahaman konselor terhadap perasaan, pikiran keinginan serta pengalaman klien lebih mendalam dan menyentuh klien karena konselor ikut dengan perasaan tersebut. Keikutan konselor tersebut membuat klien tersentuh dan terbuka untuk mengemukakan isi hati yang terdalam, berupa perasaan, pikiran, pengalaman termasuk penderitaannya. Contoh ungkapan empati tingkat tinggi : *"Saya dapat merasakan apa yang Anda rasakan dan saya ikut terluka dengan pengalaman Anda itu".*

C. Refleksi

Refleksi adalah teknik untuk memantulkan kembali perasaan, pikiran, dan pengalaman sebagai hasil pengamatan terhadap perilaku verbal dan non verbalnya kepada klien. Terdapat tiga jenis refleksi, yaitu :

1. Refleksi perasaan, yaitu keterampilan atau teknik untuk dapat memantulkan perasaan klien sebagai hasil pengamatan terhadap perilaku verbal dan non verbal klien.
Contoh : *"Tampaknya yang Anda katakan adalah"*
2. Refleksi pikiran, yaitu teknik untuk memantulkan ide, pikiran, dan pendapat klien sebagai hasil pengamatan terhadap perilaku verbal dan non verbal klien.
Contoh : *"Tampaknya yang Anda katakan..."*

3. Refleksi pengalaman, yaitu teknik untuk memantulkan pengalaman-pengalaman klien sebagai hasil pengamatan terhadap perilaku verbal dan non verbal klien.
Contoh : *"Tampaknya yang Anda katakan suatu..."*

D. Eksplorasi

Eksplorasi adalah teknik untuk menggali perasaan, pikiran, dan pengalaman klien. Hal ini penting dilakukan karena banyak klien menyimpan rahasia batin, menutup diri, atau tidak mampu mengemukakan pendapatnya. Dengan teknik ini memungkinkan klien untuk bebas berbicara tanpa rasa takut, tertekan dan terancam. Seperti halnya pada teknik refleksi, terdapat tiga jenis dalam teknik eksplorasi, yaitu :

1. Eksplorasi perasaan, yaitu teknik untuk dapat menggali perasaan klien yang tersimpan.
Contoh : *"Bisakah Anda menjelaskan apa perasaan khawatir yang anda maksud?"*
2. Eksplorasi pikiran, yaitu teknik untuk menggali ide, pikiran, dan pendapat klien.
Contoh : *"Saya yakin Anda dapat menjelaskan lebih lanjut apa yang anda maksud dengan"*
3. Eksplorasi pengalaman, yaitu keterampilan atau teknik untuk menggali pengalaman-pengalaman klien.
Contoh : *"Tadi Anda menyebutkan tentang efek yang Anda rasakan pada pemakaian kontrasepsi sebelumnya, mungkin bisa anda ceritakan lebih lanjut..."*

E. Menangkap Pesan (*Paraphrasing*)

Menangkap Pesan (*paraphrasing*) adalah teknik untuk menyatakan kembali ungkapan klien, yang menjadi inti utama pembicaraan. Tujuan *paraphrasing* adalah mengatakan kembali kepada klien bahwa konselor memahami apa yang dikatakan klien, mengendapkan apa yang dikemukakan klien dalam bentuk ringkasan, memberi arah wawancara konseling, dan mengecek kembali persepsi konselor tentang apa yang dikemukakan klien.

Contoh dialog :

Klien "Teman-teman saya banyak yang menggunakan kontrasepsi jenis itu, tetapi entah mengapa saya belum pernah menggunakannya "

Konselor " Tampaknya Anda masih ragu. "

F. Pertanyaan Terbuka (*Opened Question*)

Pertanyaan terbuka yaitu teknik untuk memancing klien agar mau berbicara mengungkapkan perasaan, pengalaman dan pemikirannya. Pertanyaan yang diajukan sebaiknya tidak menggunakan kata tanya **mengapa** atau **apa sebabnya**. Pertanyaan semacam ini akan menyulitkan klien, jika dia tidak tahu alasan atau sebab-sebabnya. Lebih baik gunakan kata tanya **bagaimana**, **adakah**, **dapatkah**.

Contoh : " *Bagaimanakah pengalaman Anda menggunakan pil ini ?*"

G. Pertanyaan Tertutup (*Closed Question*)

Dalam konseling tidak selamanya harus menggunakan pertanyaan terbuka, dalam hal-hal tertentu dapat pula digunakan pertanyaan tertutup, yang harus dijawab dengan kata *Ya* atau *Tidak* atau dengan kata-kata singkat. Tujuan pertanyaan tertutup adalah untuk mengumpulkan informasi, menjernihkan atau memperjelas sesuatu, dan menghentikan pembicaraan klien yang menyimpang jauh.

Contoh dialog :

Klien "Saya bingung sekarang ini mau memilih jenis KB yang mana"

Konselor "Biasanya Anda menggunakan jenis apa, pil atau suntik ? "

Klien " pil"

H. Dorongan minimal (*Minimal Encouragement*)

Dorongan minimal adalah teknik untuk memberikan suatu dorongan langsung yang singkat terhadap apa yang telah dikemukakan klien. Misalnya dengan menggunakan ungkapan : *oh..., ya..., lalu..., terus....dan...*

Tujuan dorongan minimal agar klien terus berbicara dan dapat mengarah agar pembicaraan mencapai tujuan. Dorongan ini diberikan pada saat klien akan mengurangi atau menghentikan pembicaraannya dan pada saat klien kurang memusatkan pikirannya pada pembicaraan atau pada saat konselor ragu atas pembicaraan klien.

Contoh dialog :

<i>Klien</i>	<i>" Saya putus asa... dan saya nyaris... " (klien menghentikan pembicaraan)</i>
<i>Konselor</i>	<i>" ya...?"</i>
<i>Klien</i>	<i>" nekad bunuh diri"</i>
<i>Konselor</i>	<i>" lalu...?"</i>

I. Interpretasi

Yaitu teknik untuk mengulas pemikiran, perasaan dan pengalaman klien dengan merujuk pada teori-teori, bukan pandangan subyektif konselor, dengan tujuan untuk memberikan rujukan pandangan agar klien mengerti dan berubah melalui pemahaman dari hasil rujukan baru tersebut.

Contoh dialog :

<i>Klien</i>	<i>"Saya pikir dengan berhenti memakai kontrasepsi saya akan langsung hamil"</i>
<i>Konselor</i>	<i>"Bisa iya bisa juga tidak.. Beberapa penelitian menunjukkan adanya rentang waktu antara saat berhentinya pemakaian kontrasepsi dan terjadinya kehamilan. Namun demikian hal ini bervariasi, berbeda tiap individu dan tergantung juga pada metode yang digunakan".</i>

J. Mengarahkan (*Directing*)

Yaitu teknik untuk mengajak dan mengarahkan klien melakukan sesuatu. Misalnya menyuruh klien untuk bermain peran dengan konselor atau menghayalkan sesuatu.

Klien "Suami saya sering marah-marah pada saya jika saya terlambat haid."

Konselor " Bisakah Anda mencontohkan pada saya, bagaimana sikap dan kata-kata suami Anda jika memarahi Anda."

K. Menyimpulkan Sementara (*Summarizing*)

Yaitu teknik untuk menyimpulkan sementara pembicaraan sehingga arah pembicaraan semakin jelas. Tujuan menyimpulkan sementara adalah untuk memberikan kesempatan kepada klien untuk mengambil kilas balik dari hal-hal yang telah dibicarakan, menyimpulkan kemajuan hasil pembicaraan secara bertahap, meningkatkan kualitas diskusi dan mempertajam fokus pada wawancara konseling.

Contoh :

"Setelah kita berdiskusi beberapa waktu alangkah baiknya jika simpulkan dulu agar semakin jelas hasil pembicaraan kita. Dari materi materi pembicaraan yang kita diskusikan, kita sudah sampai pada dua hal: pertama, Ibu ingin ganti jenis kontrasepsi; kedua, masih ada keraguan memilih jenis kontrasepsi, karena ibu takut bila kontrasepsi yang dipilih menyebabkan ibu tidak haid."

L. Memimpin (*leading*)

Yaitu teknik untuk mengarahkan pembicaraan dalam wawancara konseling sehingga terlihat dengan jelas tujuan konseling.

Contoh dialog :

Klien " Saya mungkin berfikir juga tentang masalah efek samping operasi. Tapi bagaimana ya?"

Konselor " Sampai saat ini kekhawatiran Ibu adalah tentang biaya

operasi. Mengenai efek samping apakah termasuk dalam kekhawatiran ibu?

M. Fokus

Yaitu teknik untuk membantu klien memusatkan perhatian pada pokok pembicaraan. Pada umumnya dalam wawancara konseling, klien akan mengungkapkan sejumlah permasalahan yang sedang dihadapinya. Oleh karena itu, konselor seyogyanya dapat membantu klien agar dia dapat menentukan apa yang fokus masalah. Misalnya dengan mengatakan :

" Apakah tidak sebaiknya jika pokok pembicaraan kita berkisar dulu soal efek samping obat TBC sebelum tentang lamanya pengobatan."

N. Konfrontasi

Yaitu teknik yang menantang klien untuk melihat adanya inkonsistensi antara perkataan dengan perbuatan atau bahasa badan, ide awal dengan ide berikutnya, senyum dengan kepedihan, dan sebagainya. Tujuannya adalah mendorong klien mengadakan penelitian diri secara jujur, meningkatkan potensi klien; membawa klien kepada kesadaran adanya diskrepansi, konflik, atau kontradiksi dalam dirinya.

Penggunaan teknik ini hendaknya dilakukan secara hati-hati, yaitu dengan memberi komentar khusus terhadap klien yang tidak konsisten dengan cara dan waktu yang tepat, tidak menilai apalagi menyalahkan, dilakukan dengan perilaku attending dan empati.

Contoh dialog :

Klien " Saya baik-baik saja".(suara rendah, wajah murung, posisi tubuh gelisah)."

Konselor Anda mengatakan baik-baik saja, tapi kalau saya tidak salah menilai, kelihatannya ada sesuatu yang tidak beres".

O. Menjernihkan (Clarifying)

Yaitu teknik untuk menjernihkan ucapan-ucapan klien yang samar-samar, kurang jelas dan agak meragukan. Tujuannya untuk mengundang klien untuk menyatakan

pesannya dengan jelas, ungkapan kata-kata yang tegas dengan alasan-alasan yang logis, dan agar klien menjelaskan, mengulang dan mengilustrasikan perasaannya.

Contoh dialog :

Klien "Perubahan yang terjadi pada tubuh saya setelah menggunakan kontrasepsi membuat saya bingung."
Konselor "Bisakah Anda menjelaskan contoh perubahan tubuh tersebut?"

P. Memudahkan (*facilitating*)

Yaitu teknik untuk membuka komunikasi agar klien dengan mudah berbicara dengan konselor dan menyatakan perasaan, pikiran, dan pengalamannya secara bebas.

Contoh :

" Saya yakin Anda akan berbicara apa adanya, karena saya akan mendengarkan dengan sebaik-baiknya."

Q. Diam

Teknik diam dilakukan dengan cara *attending*, paling lama 5 – 10 detik, komunikasi yang terjadi dalam bentuk perilaku non verbal. Tujuannya adalah menunggu klien yang sedang berfikir dan menunjang perilaku *attending* dan empati sehingga klien bebas bicara.

Contoh dialog :

Klien " Saya...harus bagaimana.., saya.. tidak tahu.."
Konselor "....." (*diam*)

R. Mengambil Inisiatif

Teknik ini dilakukan manakala klien kurang bersemangat untuk berbicara, sering diam, dan kurang partisipatif. Konselor mengajak klien untuk berinisiatif dalam menuntaskan diskusi. Teknik ini bertujuan mengambil inisiatif jika klien kurang semangat, atau jika klien lambat berfikir untuk mengambil keputusan dan jika klien kehilangan arah pembicaraan.

Contoh:

" Baiklah, saya pikir Anda mempunyai satu keputusan namun masih belum keluar. Coba Anda renungkan kembali".

S. Pemberian informasi

Sama halnya dengan nasehat, jika konselor tidak memiliki informasi sebaiknya dengan jujur katakan bahwa dia mengetahui hal itu. Kalau pun konselor mengetahuinya, sebaiknya tetap diupayakan agar klien yang berusaha mencari informasi tersebut.

Contoh :

" Mengenai berapa besarnya biaya operasi, saya sarankan Anda bisa langsung bertanya ke pihak administrasi rumah sakit".

T. Merencanakan

Teknik ini digunakan menjelang akhir sesi konseling untuk membantu agar klien dapat membuat rencana tindakan, perbuatan yang produktif untuk kemajuan klien.

Contoh :

"Nah, apakah tidak lebih baik jika Anda mulai menyusun rencana yang baik berpedoman hasil pembicaraan kita sejak tadi "

U. Menyimpulkan

Teknik ini digunakan untuk menyimpulkan hasil pembicaraan yang menyangkut : (1) bagaimana keadaan perasaan klien saat ini, terutama mengenai kecemasan; (2) memantapkan rencana klien; (3) pemahaman baru klien; dan (4) pokok-pokok yang akan dibicarakan selanjutnya pada sesi berikutnya, jika dipandang masih perlu dilakukan konseling lanjutan.

BEBERAPA JENIS PSIKOTERAPI SUPORTIF

Semua dokter kiranya harus dapat melakukan psikoterapi suportif jenis: katarsis, persuasi, sugesti, penjaminan kembali, bimbingan, dan penyuluhan. Oleh karena itu, hal ini akan dibicarakan secara singkat di bawah ini.

Ventilasi atau katarsis ialah membiarkan pasien mengeluarkan isi hati sesukanya. Sesudahnya biasanya ia lega dan kecemasannya (tentang penyakitnya) berkurang karena ia lalu dapat melihat masalahnya dalam proporsi yang sebenarnya. Hal ini dibantu oleh dokter dengan sikap yang penuh pengertian (empati) dan dengan anjuran. Jangan terlalu banyak memotong bicaranya (menginterupsi). Yang dibicarakan ialah kekhawatiran, impuls-impuls, kecemasan, masalah keluarga, perasaan salah atau berdosa.

Persuasi ialah penerangan yang masuk akal tentang timbulnya gejala-gejala serta baik buruknya atau fungsi gejala-gejala itu. Kritik diri sendiri oleh pasien penting untuk dilakukan. Dengan demikian maka impuls-impuls yang tertentu dibangkitkan, diubah atau diperkuat dan impuls-impuls yang lain dihilangkan atau dikurangi, serta pasien dibebaskan dari impuls-impuls yang sangat mengganggu. Pasien pelan-pelan menjadi yakin bahwa gejala-gejalanya akan hilang.

Sugesti ialah secara halus dan tidak langsung menanamkan pikiran pada pasien atau membangkitkan kepercayaan padanya bahwa gejala-gejala akan hilang. Dokter sendiri harus mempunyai sikap yang meyakinkan dan otoritas profesional serta menunjukkan empati. Pasien percaya pada dokter sehingga kritiknya berkurang dan emosinya terpengaruh serta perhatiannya menjadi sempit. Ia mengharap-harapkan sesuatu dan ia mulai percaya.

Penjaminan kembali atau *reassurance* dilakukan melalui komentar yang halus atau sambil lalu dan pertanyaan yang hati-hati, bahwa pasien mampu berfungsi secara adekuat (cukup, memadai). Dapat juga diberi secara tegas berdasarkan kenyataan atau dengan menekankan pada apa yang telah dicapai oleh pasien.

Bimbingan ialah memberi nasihat-nasihat yang praktis dan khusus (spesifik) yang berhubungan dengan masalah kesehatan pasien agar ia lebih sanggup mengatasinya, misalnya tentang cara mengadakan hubungan antar-manusia, cara berkomunikasi, bekerja dan belajar, dan sebagainya.

Penyuluhan ialah suatu bentuk wawancara untuk membantu pasien mengerti dirinya sendiri lebih baik, agar ia dapat mengatasi suatu masalah lingkungan, atau dapat menyesuaikan diri.

PROSEDUR PELAKSANAAN

Lakukanlah konseling dengan prosedur berikut ini :

4.1. Mengawali pertemuan

- Ucapkan salam dan perkenalkan diri
- Tanyakan identitas klien
- Beri situasi yang nyaman bagi klien
- Tunjukkan sikap empati
- Tunjukkan kemampuan menjaga rahasia pasien

4.2. Tahap inti

- Eksplorasi kondisi klien
- Identifikasi masalah dan penyebab
- Identifikasi alternatif pemecahan masalah
- Penetapan alternatif pemecahan masalah

(dengan melakukan Keterampilan-Keterampilan yang diperlukan pada proses konseling: refleksi, eksplorasi, paraphrasing, pertanyaan terbuka dan tertutup, dorongan minimal, interpretasi, mengarahkan, menyimpulkan sementara, memimpin, fokus, konfrontasi, menjernihkan, memudahkan, diam, mengambil inisiatif, memberi informasi)

4.3. Menutup pertemuan

- Melakukan penilaian terhadap efektifitas konseling
- Membuat kesimpulan
- Mengakhiri konseling atas persetujuan klien

5. PETUNJUK PELAKSANAAN KEGIATAN

- Sebelum mengikuti kegiatan konseling, pelajari teori dasar-dasar konseling dari referensi yang dianjurkan.
- Untuk berlatih konseling, setelah instruktur memberi contoh, cobalah berlatih berpasangan dengan teman, 1 orang sebagai dokter, satu orang sebagai klien. 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 konseling 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.

6. SKENARIO

1. Seorang ibu, A, berusia 30 tahun datang ke praktek dokter karena sering pusing. Keluhan pusing sudah dirasakan 1 tahun ini. Ibu A menyatakan pusing sering terjadi karena sulit tidur. Semenjak satu tahun ini ibu A mengalami banyak masalah, antara lain karena suaminya selingkuh dan terbelit hutang dalam jumlah besar. Masalah tersebut membuat ibu A sering cemas dan bahkan sempat ingin bunuh diri saja. Dia hanya bisa tidur bila minum obat penenang. Ibu A meminta dokter memberinya lagi obat penenang, dan sebisa mungkin dosis yang besar. Lakukan konseling terhadap klien tersebut !
2. Seorang gadis, X, berusia 18 tahun, masih kuliah semester 1, datang ke tempat praktek anda karena terlambat haid. X sudah melakukan tes kehamilan dan

hasilnya positif. Dia ingin menggugurkan kandungannya karena pacarnya tidak mau bertanggungjawab dan takut orang tuanya marah. Apalagi gadis itu merasa sangat malu dengan teman-teman kampusnya. Lakukan konseling terhadap klien tersebut !

3. Seorang ibu, berusia 28 tahun, mempunyai 2 orang anak, datang ke dokter karena ingin menjadi akseptor KB. Ibu itu bingung metode KB apa yang akan dipilih, karena takut efek sampingnya. Ibu tersebut pernah menggunakan KB suntik 3 bulan dan mengalami perdarahan terus menerus. Lakukan konseling terhadap klien ini !
4. Seorang pasien TB datang mengambil obat ke Puskesmas lebih dari tanggal pengambilan obat yang seharusnya. Setelah ditanya ternyata pasien tersebut mengaku tidak teratur minum obat, dengan berbagai alasan antara lain sudah bosan, sering lupa dan perutnya tidak enak setelah minum obat. Selain itu pasien tersebut menyatakan setelah minum obat 3 bulan ini sepertinya penyakitnya sudah sembuh karena gejala yang dirasakan sudah hilang. Lakukan konseling terhadap pasien ini !

**CHECKLIST PENILAIAN
KETERAMPILAN KONSELING**

NO	ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	SKOR		
		0	1	2
1	Mengawali pertemuan			
	▪ Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri			
	▪ Menanyakan identitas klien			
	▪ Memberikan situasi yang nyaman bagi klien			
	▪ Menunjukkan sikap empati			
2	Inti konseling			
	▪ Mengeksplorasi kondisi klien			
	▪ Mengidentifikasi masalah dan penyebab			
	▪ Melakukan penetapan alternatif pemecahan masalah			
3	Menutup pertemuan			
	▪ Melakukan penilaian terhadap efektifitas konseling			
	▪ Membuat kesimpulan			
	JUMLAH SKOR			

Keterangan :

0 Tidak dilakukan

1 Dilakukan, tidak benar

2 Dilakukan, dengan benar

Misalnya: terdapat keterampilan-keterampilan yang diperlukan pada proses konseling antara lain refleksi, eksplorasi, paraphrasing, pertanyaan terbuka dan tertutup, dorongan minimal, interpretasi, mengarahkan, menyimpulkan sementara, memimpin, fokus, konfrontasi, menjernihkan, memudahkan, diam, mengambil inisiatif, memberi informasi. Keterampilan ini digunakan dengan tepat tergantung kasusnya.

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

24

REFERENSI

- Sofyan S. Willis, 2004. *Konseling Individual; Teori dan Praktek*. Bandung : Alfabeta
- Gerald, C, 2005. *Teori dan Praktek Konseling dan Psikoterapi*, edisi terjemahan. Bandung : PT Refika Aditama
- H.M. Arifin, 2003. *Teori-Teori Konseling Agama dan Umum*. Jakarta. PT Golden Terayon Press.
- Andi Mappiare AT, 1992. *Pengantar Konseling dan Psikoterapi*. Jakarta: CV Rajawali
- Sugiharto, 2005. *Pendekatan dalam Konseling (Makalah)*. Jakarta : PPPG
- WHO, 1992. *Pendidikan Kesehatan*. Penerbit bersama ITB dan Universitas Udayana. Bandung
- Maramis,W.F., 2009. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Airlangga Universitas Press.

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 yakin 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 berkompotensi.

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).

Arah rujukan medik yang benar yaitu :

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 Tn <u>K</u>, usia <u>56 tahun</u>, dengan <u>dyspnea</u> (<u>diagnosis kerja/ diagnosis banding</u>). Hasil pemeriksaan laboratorium terlampir. Pasien telah kami beri penanganan sementara <u>inhalasi Ventolin</u> dosis <u>3 cc sebanyak 2 kali</u> (<u>belum ada perbaikan</u>). 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 perawatan di rumah sakit

<p>Kepada Yth. TS dr Jaga RS Di</p> <p>Dengan Hormat, Mohon perawatan selanjutnya penderita An, usia tahun, dengan (<u>diagnosis kerja/ diagnosis banding</u>) 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 :

<p>Kepada Yth. Laboratorium Klinik</p> <p>Di</p> <p>Dengan Hormat, Mohon pemeriksaan :</p> <ul style="list-style-type: none">- Darah Rutin- BTA 1, 2, 3- Ro Thoraks <p>Pasien Tn/Ny/Nn....., usia tahun, dengan (<i>diagnosis kerja/ diagnosis banding</i>) Hemoptoe. Atas kesediaan TS, kami ucapkan terima kasih.</p> <p style="text-align: right;">Nama terang Tanda tangan Alamat/no telpon</p>
--

<p>Kepada Yth. TS dr</p> <p>Spesialis</p> <p>Di</p> <p>Dengan Hormat, Mohon pemeriksaan Pemantauan Kadar Obat dalam darah untuk penderita Tn/Ny/Nn....., usia tahun, dengan (<i>diagnosis kerja/ diagnosis banding</i>) 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.</p> <p style="text-align: right;">Nama terang Tanda tangan Alamat/no telpon</p>

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 turunkan 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 kolejial 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. Terjalannya 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 Geneva dari 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 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 olehpelaku-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 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 komunikan 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	Iklm Suportif
1. Evaluasi	2. Deskripsi
a. Kontrol	a. Orientasi masalah
b. Strategi	b. Spontanitas
c. Netralitas	c. Empati
d. Superioritas	d. Persamaan
e. Kepastian	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 selayaknya 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 KUHAP 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 KUHAP 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 materil, 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 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. Obyek 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.

Nilai akhir = Jumlah Skor x 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 KUHPA*. 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.depkominfo.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

THANATOLOGI

Budiyanto*

Tujuan Instruksional Umum :

1. Mengetahui dasar perubahan yang terjadi pada jenazah serta mampu melakukan penilaian makna perubahan tersebut.

Tujuan Instruksional Khusus :

1. Mengenal perubahan dini yang terjadi pada jenazah serta perubahan yang terjadi lebih lanjut yaitu lebam jenazah, kaku jenazah, penurunan suhu, pembusukan, adipocere dan mumifikasi.
2. Menyimpulkan makna perubahan pada jenazah.

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

PENDAHULUAN

Definisi : Thanatologi adalah ilmu yang mempelajari segala sesuatu perubahan yang terjadi sesudah kematian dan faktor-faktor yang mempengaruhinya. Menurut *Kansas Supreme Curt rully* pada 1967 kematian adalah penghentian komplet dari semua fungsi vital tanpa kemungkinan dapat dihidupkan lagi.

MACAM KEMATIAN

A. Mati Suri /*apparent death /suspended animation*

Ialah terhentinya aktivitas ketiga sistem tubuh yaitu kardiovaskuler, pernafasan dan susunan syaraf pusat yang tidak menetap/ reversibel. Mati suri bila diberi pertolongan yang tepat dan pada saat yang tepat pula maka korban dapat hidup kembali, pertolongan itu bisa berupa massage jantung atau pernafasan buatan atau lainnya. Dalam memberikan pertolongan tersebut lamanya sampai timbul tanda pasti dari suatu kematian yaitu sampai timbulnya lebam mayat.

Mati suri dapat ditemukan pada keadaan :

- Tenggelam atau kedinginan : tenggelam dalam air dingin yang cukup membuat penurunan dari temperatur tubuh.
- Terkena listrik /petir : efek dari aliran listrik pada tubuh menghentikan pernafasan dan menurunkan cardiac *output* sampai suatu titik dimana nadi tak dapat dideteksi.
- Anestesi yang dalam
- *Acute Heart Failure*
- Katalepsi

B. Kematian Somatis /*somatic death /clinical death /systemic death*

Yaitu terhentinya kegiatan-kegiatan (aktivitas) ketiga sistem tubuh, yaitu kardiovaskuler, pernafasan dan susunan syaraf pusat yang menetap / irreversible.

C. Kematian serebral

Ialah terhentinya satu sistem yaitu susunan syaraf pusat, sedangkan kedua sistem lainnya (kardiovaskuler dan pernafasan) dipertahankan dengan alat.

D. Kematian seluler / kematian molekuler

lalah terhentinya aktivitas telah mencapai tingkat sel/jaringan, bukan hanya sistem saja.

Kecepatan kematian seluler setelah kematian somatis untuk tiap-tiap jaringan tidaklah sama, yang paling cepat adalah otak (susunan syaraf pusat).

Pengetahuan tentang kematian seluler berguna bagi usaha transplantasi.

Kematian dapat dideteksi dari tanda-tanda berhentinya ketiga sistem tersebut :

- Susunan syaraf pusat : arefleksi, relaksasi, pendataran gambar ECG.
- Kardiovaskuler : denyut nadi berhenti, denyut jantung berhenti (stetoskop) dan pendataran gambaran ECG
- Pernafasan : gerak pernafasan tak tampak dan bising nafas tak terdengar (stetoskop) selama lebih dari 30 menit.

PERUBAHAN-PERUBAHAN SETELAH KEMATIAN

A. Fase Dini

1. Berhentinya pernafasan

Disini kita periksa mengenai :

- a. Gerakan pernafasan dengan inspeksi dan palpasi. Dahulu dilaksanakan dengan menempatkan baskom berisi air di atas perut orang yang diperiksa, dan diperhatikan adalah riak air baskom yang menunjukkan adanya pergerakan. Tes ini disebut Test Winalov.
- b. Adanya aliran udara dan uap air yang keluar dari pernafasan, dengan menggunakan cermin didepan mulut dan hidung, kalau buram berarti masih bernafas atau dengan bulu ayam, ada pergerakan dari bulu apa tidak.
- c. Auskultasi menggunakan stetoskop. Lamanya kira-kira 5 – 10 menit.

2. Berhentinya sirkulasi darah

- a. Pemeriksaan denyut jantung dengan stetoskop.
Untuk tindakan ini diperlukan syarat-syarat seperti lingkungan harus tenang dan didengarkan selama 3 – 5 menit.
- b. Pemeriksaan denyut nadi.

c. Pemeriksaan terhadap ada/tidaknya sirkulasi perifer dengan melihat hasil penekanan ujung jari. Pada orang hidup setelah penekanan ditiadakan, jari akan berwarna merah kembali.

d. Kalau fasilitas ada dapat dilakukan pemeriksaan ECG.

3. Kepucatan pada kulit

Bertepatan dengan stasis dari sirkulasi darah, maka kulit tidak mendapatkan lagi darah dari kapiler sehingga kulit tampak pucat.

4. Otot-otot menjadi lemas

Pada saat kematian otot-otot menjadi relaksasi dan tonus otot menurun. Ini dapat dilihat rahang kelihatan menurun, thorax collaps.

5. Perubahan pada mata

a. Pandangan menjadi kosong

b. Letak pupil di tengah

c. Reflek kornea dan cahaya menjadi negatif

d. Perubahan pembuluh darah retina

Setelah orang meninggal sirkulasi darah dalam pembuluh darah retina akan berhenti dan mengalami segmentasi. Hal ini dibuktikan oleh Kevorkian tahun 1961 dengan ophthalmoscope, di mana 85% dari kasus yang diperiksa menunjukkan segmentasi. Segmentasi ini terjadi selama 10 detik dalam fase kematian somatis.

e. Kornea menjadi kering dan berkabut dalam kelopak mata membuka dan udara sekitarnya kering. Ini terjadi kira-kira 10 menit setelah orang meninggal.

f. Bulbus okuli melunak dan mengkerut akibat menurunnya tekanan intraokuler.

B. Fase Lanjut

1. Penurunan suhu (*algor mortis*)

Penurunan suhu ini hanya nyata menjadi petunjuk selang waktu 18 jam pertama dari kematian, dan itu merupakan ukuran awal untuk menunjukkan perkiraan waktu kematian.

Patofisiologi :

Adanya perbedaan temperatur antara mayat dan lingkungan. Jadi proses penurunan suhu itu oleh karena proses radiation conduction dan convection. Hal ini pernah didiskusikan oleh Yosep dan Schickele (1970) dan juga oleh Brown dan Marshall (1974). Jadi penurunan suhu yang terjadi sesaat setelah mati, disebabkan oleh karena terhentinya proses metabolisme tubuh padahal pengeluaran panas terjadi atau berlangsung terus.

Waktu :

Ternyata untuk menentukan waktu kematian yang ditinjau dari penurunan suhu sulit ditentukan. Untuk memperkirakan saat kematian dapat dipakai rumus sebagai berikut :

$$\text{Jumlah jam sejak meninggal} = \frac{98,4^{\circ} \text{ F} - \text{Suhu Rectal Jenazah (F)}}{1,5^{\circ} \text{ F}}$$

Faktor yang mempengaruhi penurunan suhu jenazah :

- Perbedaan antara suhu tubuh dengan suhu lingkungan
- Konstitusi tubuh
- Aktivitas korban sebelum meninggal
Bila sesaat sebelum meninggal korban melakukan aktivitas yang berlebihan, maka waktu meninggal suhu tubuh lebih tinggi.
- Aliran dan kelembaban udara
- Pakaian
Makin tebal pakaian korban makin lambat penurunan suhunya.
- Sebab kematian
Korban yang meninggal karena septicaemia dan asfeksia setelah kematian suhunya sedikit lebih tinggi
- Posisi tubuh
Dihubungkan dengan luas permukaan yang terekspos.

Interpretasi :

Penurunan suhu post mortal tidak teratur karena banyak sekali faktor-faktor yang mempengaruhinya, dan di Indonesia belum ada penelitian mengenai waktu penurunan suhu post mortal.

2. Lebam Mayat (*livor mortis*)

Merupakan perubahan warna menjadi kebiruan pada bagian tubuh.

a. Mekanisme terjadinya.

Oleh karena gravitasi maka darah pada mayat akan menempati tempat terbawah. Dan dengan lewatnya waktu, lebam mayat akan makin tampak dan berangsur-angsur intensitas dan lostnya bertambah sehingga akhirnya menetap.

Teori mengenai menetapnya lebam mayat ini bermacam-macam :

- Kapiler merupakan bejana berhubungan yang bercabang-cabang disebelah bawahnya, sehingga bila telah berisi penuh sukar mengalir kembali bila ditekan atau diubah posisinya.
- Pembuluh darah terjepit di antara otot yang sudah menjadi kaku.
- Lemak tubuh yang pada suhu tubuh normal berbentuk cair akan mengental pada penurunan suhu.
- Ekstravasasi darah dan hemolisis.

b. Waktu terjadinya.

Lebam mayat segera terjadi setelah kematian somatis, tetapi baru nampak pada kira-kira 20 -30 menit kemudian. Bila dengan penekanan masih dapat hilang, berarti kurang dari 6 – 10 jam post mortal. Bila tidak dapat hilang lagi berarti lebih dari 6 – 10 jam.

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi lebam mayat :

- Kecepatan pembentukan : viskositas darah, makin kental semakin cepat
- Luas dan intensitas : kadar Hb, makin rendah Hb semakin rendah intensitasnya mati lemas, mengakibatkan lebam yang luas.
- Warna (normal : merah kebiruan) :
 - o Suhu dingin : warna merah terang.
 - o Keracunan CO/CN : warna merah terang
 - o Keracuna anilin : warna kebiruan
 - o Keracunan nitrit : warn kecoklatan

d. Interpretasi

- Tanda pasti dari suatu kematian

- Perkiraan sebab kematian, misalnya pada keracunan zat-zat di atas.
- Menunjukkan posisi mayat setelah terjadi lebam mayat yang menetap, bukan posisi saat kematian.
- Menentukan lamanya kematian, berupa rentang waktu.

3. Kaku mayat (*rigor mortis*)

a. Prinsip :

- Setelah terjadinya kematian, metabolisme tingkat seluler masih berjalan sehingga cadangan glikogen otot dipecah dan menghasilkan energi. Bila cadangan glikogen kemudian habis, maka energi tak terbentuk lagi, sehingga tidak terjadi perubahan ADP menjadi ATP lagi, atau akibatnya actin dan miosin menjadi menggumpal dan otot pun kaku.
- Dimulai dari otot yang kecil (cadangan glikogen sedikit) dan menghilang juga dimulai dari otot kecil (proteolisis).
- Bila otot tersebut dipaksa diregangkan, maka otot itu akan robek/putus sehingga kaku mayat tidak nampak lagi.

b. Skala waktu :

0 sampai 2 – 4 jam : biasanya belum terjadi kaku mayat.

Lebih dari 12 jam : biasanya kaku mayat telah menyeluruh dan kuat

Lebih dari 36 jam : relaksasi sekunder, di Indonesia biasanya didahului pembusukan.

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi :

- Aktivitas pre mortal, mempercepat terjadinya kaku mayat
- Suhu tubuh yang tinggi mempercepat terjadinya kaku mayat.
- Bangun tubuh dengan otot yang besar (atletis) memperlambat terjadinya kaku mayat.
- Suhu lingkungan harus optimal :
 - o Tinggi : cepat timbul dan cepat hilang
 - o Rendah : lambat timbul dan lambat hilang
 - o Kurang 10° C : kaku mayat tak terbentuk
- Umur dan gizi :

- o Anak-anak, bayi dan orangtua kaku mayat relatif lebih cepat timbul dan hilang daripada orang dewasa.
 - o Gizi jelek timbulnya kaku mayat lebih cepat.
- d. Interpretasi :
- Tanda pasti dari suatu kematian.
 - Menunjukkan posisi mayat setelah terjadinya kaku mayat.
 - Memperkirakan lamanya kematian.
- e. Kaku mayat harus dibedakan dengan :
- Head stiffening* :
- Kekakuan akibat koagulasi protein oleh panas
 - Tidak akan terjadi rigor mortis setelah terjadi keadaan ini, karena protein otot telah rusak.
- Cold stiffening*
- Kekakuan akibat pembekuan cairan sendi
 - Bila dipatahkan terdengar bunyi *ice cracking*
 - Bila dipanaskan kembali kemudian didiamkan suatu saat akan timbul rigor mortis
- Cadaveric spasm*
- Kekakuan tidak melalui relaksasi primer
 - Kekakuan terjadi pada otot-otot setempat
 - Lebih kuat dari rigor mortis
 - Koordinasi otot-ototnya baik, seperti kontraksi otot pada orang hidup
 - Terdapat faktor stress psikis dan aktivitas fisik setempat
 - Merupakan petunjuk intravitalitas

4. Pembusukan (dekomposisi)

a. Prinsip :

Mekanisme terjadinya pembusukan yaitu degradasi jaringan (terutama protein) oleh bakteri pembusuk terutama *Clostridium welchii* akan terbentuk gas-gas H₂S dan HCN selain asam amino dan asam lemak. Gas H₂S dengan Hb akan membentuk HbS (hijau kehitaman).

b. Skala waktu :

Pembusukan terjadi segera setelah kematian seluler, tetapi baru nampak setelah 24 jam yaitu diperut kanan bawah (daerah caecum) berupa warna kehijauan (kondisi optimal dan letak superficial). Warna hijau timbul karena terbentuk oleh FeS dari darah (Fe) dan protein (S).

Gambaran pembusukan lanjut adalah badan gembung, mata melotot, lidah terjulur, pugilistik (*coital position*), bullae / kulit ari terkelupas, dari lubang tubuh keluar isinya, bila hamil dapat terjadi partus.

Di antara jaringan lunak yang cepat membusuk adalah darah dan otak, sedangkan yang paling lambat adalah uterus non gravid dan prostat.

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi :

Syarat-syarat pembusukan :

- Bakteri pembusuk
- Air
- Udara
- Suhu optimal 21° -37° C
- Infeksi, kalau ada infeksi akan cepat membusuk
- Pakaian, mayat berpakaian tebal akan cepat membusuk

Hukum Casper menyatakan tentang kecepatan pembusukan di udara : dalam air : dalam tanah = 1 : 2 : 8 satuan waktu.

d. Interpretasi :

- Lamanya kematian tergantung pada derajat pembusukan
- Perlu dibedakan antara bullae yang terjadi intravital (luka bakar) dengan bullae pembusukan.

	Intravital	Pembusukan (post mortal)
Warna kulit ari	kecoklatan	kuning
Kadar albumin & chlor dalam cairan bulla	tinggi	Rendah /tak ada
Dasar bulla	hiperemi	Merah pembusukan
Letak jaringan yang terangkat	intraepidermal	Diantara dermis dengan epidermis
Reaksi jaringan, termasuk resapan darah	ada	Tidak ada

5. Maserasi

Yaitu perubahan yang terjadi pada mayat bayi yang mati didalam kandungan. Berbeda dengan pembusukan maka pada maserasi yang terjadi adalah decomposisi protein steril akibat proses autolisis, tanpa ikut sertanya kuman-kuman, dan pada sendi lutut masih dapat dilakukan hiperekstensi.

Gambaran maserasi nyata pada 8 – 10 hari mati intra uterine

- Kulit kemerahan
- Sendi-sendi lunak sehingga dapat terjadi hiperekstensi
- Bullae serous merah
- Bau ketuban
- Gas pembusukan tidak ada
- Alat-alat visceral lebih segar

6. Mumifikasi

Proses terjadinya adalah akibat penguapan air dari dalam tubuh mayat yang besar. Tubuh manusia mengandung 50% air. Tidak terjadinya pembusukan karena kuman-kuman mati. Mayat tampak menyusut, kulit menghitam dan kaku sehingga pada perubahan mumifikasi ini dapat bertahun-tahun.

Syarat-syarat dapat terjadinya mumifikasi ialah :

- Suhu sekeliling harus tinggi
- Kelembaban udara harus rendah
- Aliran udara tinggi
- Waktu lama

Keempat faktor di atas diperlukan untuk memungkinkan penguapan yang sempurna. Proses mumifikasi menjadi lengkap dalam waktu 1 – 3 bulan dan dapat bertahan lama sekali.

Gejala-gejala yang tampak dari luar :

- Tubuh jenazah menjadi kurus kering dan mengkerut
- Warna coklat muda sampai coklat kehitaman
- Kulit melekat erat pada jaringan dibawahnya
- Susunan anatomi alat-alat dalam masih baik
- Praktis tidak berbau

Kepentingan dalam forensik :

- Untuk identifikasi korban karena wajah korban hampir tak mengalami perubahan
- Tanda-tanda kekerasan masih dapat dicari / terlihat

7. Adipocere / Saponifikasi

Dahulu disebut dengan saponifikasi karena dianggap suatu proses penyabunan. Proses ini terjadi karena adanya hidrogenase dari asam lemak tidak jenuh bereaksi dengan alkali membentuk sabun yang tak larut.

Syarat-syarat terjadinya adipocere /saponifikasi :

- Tempat harus mengandung air
- Suhu rendah
- Kelembaban tinggi
- Tempat harus mengandung alkali
- Aliran udara rendah dan waktu yang lama

Foetus kurang dari 7 bulan intra uterine tak pernah mengalami proses adipocere oleh karena komposisi asam lemaknya berbeda.

Gejala-gejala yang nampak dari luar :

- Korban berwarna putih atau putih kekuningan
- Perubahan tersebut seperti sabun
- Berbau tengik
- Pada pemanasan akan meleleh

8. Perubahan pada kornea

Terjadi kekeruhan lapis demi lapis akibat penguapan cairan. Kekeruhan yang baru saja terjadi dapat hilang dengan penetesan cairan, menetap pada \pm 6 jam. Mata yang tertutup lebih lambat terjadi kekeruhan kornea.

9. Perkiraan saat kematian lainnya

- Melihat isi lambung, dimana pengosongan lambung \pm 6 jam.
- Mengukur kumis /jenggot yang biasa dicukur, 0,4 mm / hari
- Dengan rangsang mekanis, listrik atau farmakologis
 - o Kontraksi otot postmortal sampai 90 – 120 menit.

- Perdarahan bawah kulit masih dapat ditimbulkan sampai 1 jam post mortal.
- Mengikuti perubahan-perubahan pada pembuluh darah retina yang agak khas sampai 15 jam post mortal.
- Sekresi kelenjar keringat dapat timbul sampai 60 – 90 menit post mortal.

10. Bekuan lemak ayam (*chicken fat clot*)

Merupakan bekuan darah post mortal yang menyerupai lemak ayam (merah kekuningan) yang biasanya terdapat di jantung mayat yang mati dengan proses kematian yang lama.

11. Perubahan biokimiawi

Setelah kematian, pH darah dan jaringan akan turun karena adanya akumulasi CO₂, glikogenolisis dan glikolisis, dengan akumulasi asam laktat dan fosfor dan pemecahan dari asam amino dan asam lemak. Setelah 24 jam mulai berubah menjadi alkalis, karena terbentuknya amonia dari pemecahan enzimatik protein, hal ini juga akan menyebabkan peningkatan konsentrasi non protein nitrogen dalam serum. Peningkatan non protein nitrogen tersebut untuk 12 jam pertama adalah sebesar 50 mg/dl.

Segera setelah kematian, klorida dalam plasma dan eritrosit seimbang, yaitu 74 m mol /liter, dan konsentrasi tersebut akan menurun oleh karena adanya difusi ekstra vaskuler, sehingga dalam waktu 72 jam kadarnya hanya setengahnya. Pada saat yang bersamaan magnesium dan eritrosit akan berpindah ke dalam serum, dan pada saat pembusukan mulai kadar megnesium akan meningkat, dan dalam waktu 72 jam dapat mencapai 8 x dari normal. Konsentrasi kalium juga akan meningkat karena adanya difusi dari endotel pembuluh darah.

Perubahan yang penting bila dikaitkan dengan ilmu kedokteran kehakiman adalah perubahan kadar gula darah dan ureum, oleh karena mempunyai kaitan dengan keadaan diabetes melitus, hipoglikemia dan keadaan uremia. Bila keadaan tersebut terjadi dan merupakan penyebab kematian, pemeriksaan mayat tidak akan memberikan banyak data untuk dapat menerangkan penyebab

kematian dari seseorang, dengan demikian penyebab kematian baru dapat diketahui bila telah dilakukan pemeriksaan laboratorium.

Gula darah, pemecahan glikogen hati setelah kematian menyebabkan akumulasi dekstrosa dalam vena cava inferior yang akan berdiffusi ke dalam jantung kanan, sehingga kadar di sini dapat mencapai lebih dari 300 mg/dl dalam waktu 12 jam pertama. Pada keadaan kerusakan jaringan hati yang parah atau pada keadaan kelaparan, peningkatan kadar dekstrosa sedemikian tingginya. Pada lain tempat dari tubuh dekstrosa akan dipecahkan dan dalam keadaan normal dekstrosa dalam darah akan menghilang dalam waktu 6 – 8 jam. Faktor temperatur jaringan dan jumlah darah putih yang utuh akan mempengaruhi penurunan dekstrosa tersebut.

Semua kenyataan tersebut menunjukkan bahwa kadar dekstrosa dalam vena cava inferior atau jantung kanan tidak dapat dibuat patokan, dengan demikian untuk diagnosis hiperglikemia diperlukan pemeriksaan darah yang berasal dari ekstremitas.

Perlu diketahui bahwa peningkatan kadar dekstrosa dapat pula terdapat pada keadaan lain seperti : hipoksia, keracunan karbon monoksida, serta merupakan efek dari trauma.

Kadar ureum darah akan meningkat sebagai akibat terjadinya proteolisis, akan tetapi peningkatan tersebut tidak akan mencapai lebih dari 100 mg/dl dalam waktu 48 jam pertama. Dengan demikian peningkatan kadar ureum yang melebihi 100 mg/dl, dapat mempunyai nilai diagnostik pada kematian yang disebabkan karena azotemia. Sedangkan kadar kreatinin mempunyai makna bila melebihi 6 mg/dl. Dalam melakukan penilaian perlu diingat bahwa pada periode agonal, kadar ureum dapat meningkat sampai 150 mg/dl. Peningkatan kadar ureum lebih dari 300 mg/dl dan kadar kreatinin lebih dari 10 mg/dl, merupakan indikasi yang tidak diragukan lagi adanya kegagalan ginjal/payah ginjal yang disertai dengan uremia.

DAFTAR KEPUSTAKAAN

1. Abdul Mun'im Idries : PEDOMAN ILMU KEDOKTERAN FORENSIK , Edisi Pertama, PT. Bina Rupa Aksara, Jakarta, 1989. Halaman : 44 – 61.
2. Agus Purwadianto dkk., : KRISTAL-KRISTAL ILMU KEDOKTERAN FORENSIK, Bagian Ilmu Kedokteran Forensik Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta, 1981, Halaman : 25 – 32.
3. Fakultas Kedokteran Unair Surabaya., : DIKTAT ILMU KEDOKTERAN, Jilid II, 1980. Halaman 4 – 19.
4. Francis E. Camps : GRADWOHL'S LEGAL MEDICINE, Third Edition, Year Book Medical Publication, Inc, 35 E, Wacker Drive, Chicago 1976, Page 81 – 99.
5. Medical Group, : BAGAIMANA DOKTER MENGETAHUI SEBAB KEMATIAN, Penerbit Lancar, Jakarta 1979, Halaman 13 – 17.

TEKNIK OTOPSI

Budiyanto*, Djoko Mulyono*

Tujuan Instruksional Umum :

1. Mengetahui prosedur pemeriksaan bedah jenazah.

Tujuan Instruksional Khusus :

1. Mahasiswa dapat melakukan pemeriksaan luar jenazah secara simpatik.
2. Mahasiswa dapat melakukan pemeriksaan dalam jenazah secara simpatik.
3. Mahasiswa dapat melakukan pemeriksaan khusus pada kasus tertentu.
4. Mahasiswa dapat menarik kesimpulan atas hasil pemeriksaan bedah jenazah.

PROSEDUR PEMERIKSAAN OTOPSI (BEDAH JENAZAH)

Dalam melakukan otopsi, mutlak diperlukan pemeriksaan lengkap, meliputi :

- 1) Pemeriksaan tubuh bagian luar (pemeriksaan luar)
- 2) Pembukaan rongga-rongga tengkorak, rongga dada dan rongga perut/ panggul (pemeriksaan dalam)

Sering kali perlu pula dilakukan pemeriksaan-pemeriksaan penunjang lainnya :

- Pemeriksaan mikroskopis
- Pemeriksaan laboratorium
- Pemeriksaan konsultasi lain-lain.

1. Pemeriksaan luar

Pada pemeriksaan tubuh mayat sebelah luar, untuk kepentingan kedokteran kehakiman, pemeriksaan harus dilakukan dengan cermat, meliputi segala sesuatu yang terlihat, tercium, maupun teraba, baik terhadap benda-benda yang menyertai mayat, pakaian, perhiasan, sepatu dan lain-lain, juga terhadap tubuh mayat itu sendiri.

Agar pemeriksaan dapat terlaksana dengan secermat-cermatnya, maka pemeriksaan harus mengikuti suatu sistematika yang telah ditentukan. Sistematika pemeriksaan adalah sebagai berikut :

1. Label mayat.

Mayat yang dikirimkan untuk pemeriksaan kedokteran kehakiman seharusnya diberi label dari pihak kepolisian. Perlu dicatat warna, bahan label dan apakah terdapat materai/segel pada label ini, juga isi label dicatat.

2. Tutup mayat

Mayat sering dikirimkan pada pemeriksaan dalam keadaan ditutupi sesuatu. Catatlah jenis, warna dari penutup dan pengotoran pada penutup (letak, jenis).

3. Bungkus mayat

Mayat kadang-kadang dikirimkan pada pemeriksa dalam keadaan terbungkus. Bungkus mayat ini harus dicatat jenis/bahannya, warna corak, serta adanya bahan-bahan yang mengotori. Dicatat pula tali pengikatnya bila ada, baik mengenai jenis/bahan tali tersebut, maupun cara pengikatan serta letak pengikatan tersebut.

4. Pakaian

Pakaian mayat dicatat dengan teliti, mulai dari pakaian yang dikenakan pada bagian tubuh sebelah atas sampai tubuh sebelah bawah, dari lapisan yang terluar sampai lapisan yang terdalam. Pencatatan meliputi : bahan, warna dasar, warna dan corak/motif dari tekstil, bentuk/model pakaian, ukuran, merk/penjahit, cap binatu, monogram/inisial serta tambalan atau tisikan bila ada. Bila terdapat pengotoran atau robekan pada pakaian, maka ini juga harus dicatat dengan teliti dengan mengukur letaknya yang tepat menggunakan koordinat, serta ukuran dari pengotoran dan atau robekan yang ditemukan. Pakaian dari korban yang mati akibat kekerasan atau yang belum dikenal, sebaiknya disimpan untuk barang bukti. Bila ditemukan saku-saku pada pakaian, maka saku ini harus diperiksa dan dicatat isinya dengan teliti pula.

5. Perhiasan

Perhiasan yang dipakai oleh mayat harus dicatat pula dengan teliti. Pencatatan meliputi jenis/bahan, warna, merk, bentuk serta ukiran nama/ inisial pada benda-benda tersebut.

6. Benda-benda di samping mayat.

Bersamaan dengan pengiriman mayat, kadang-kadang disertakan pula pengiriman benda-benda di samping mayat, misalnya saja bungkus, tas atau benda-benda lainnya. Terhadap benda-benda di samping mayat inipun dilakukan pencatatan yang teliti dan lengkap.

7. Tanda-tanda kematian.

Di samping untuk pemastian bahwa korban yang dikirimkan untuk pemeriksaan benar-benar telah mati, pencatatan tanda-tanda kematian ini berguna pula untuk penentuan saat kematian. Agar pencatatan terhadap tanda-tanda kematian ini bermanfaat, jangan lupa mencatat waktu/ saat dilakukannya pemeriksaan terhadap tanda-tanda kematian ini.

a. Lebam mayat

Terhadap lebam mayat, dilakukan pencatatan terhadap letak/distribusi lebam, adanya bagian-bagian tertentu di daerah lebam mayat yang justru tidak menunjukkan lebam (karena tertekan pakaian, terbaring diatas benda keras

dan lain-lain), warna dari lebam mayat serta intensitas lebam mayat (masih hilang pada penekanan, sedikit menghilang atau sudah tidak menghilang sama sekali).

b. Kaku mayat.

Catat distribusi kaku mayat serta derajat kekakuan pada beberapa sendi (daerah dagu/ tengkuk, lengan atas, siku, pangkal paha, sendi lutut) dengan menentukan apakah kekakuan mudah atau sukar dilawan.

Apabila ditemukan adanya spasme kadaverik (*cadaveric spasm*), maka ini harus dicatat dengan sebaik-baiknya.

c. Suhu tubuh mayat.

Suhu tubuh mayat harus diukur sekalipun penentuan saat kematian menggunakan kriteria penurunan suhu tidak dapat membantu dalam hal penentuan saat kematian.

Pengukuran suhu mayat dilakukan dengan menggunakan termometer rektal. Jangan lupa juga melakukan pencatatan suhu ruangan pada saat yang sama.

d. Pembedahan.

Tanda pembedahan pertama, merupakan kulit perut sebelah kanan bawah yang berwarna kehijau-hijauan. Kadang-kadang mayat diterima dalam keadaan pembedahan yang lebih lanjut, merupakan mayat dengan kulit ari yang telah terkelupas, terdapat gambaran pembuluh-pembuluh superfisial yang melebar berwarna biru-hitam, ataupun tubuh yang telah mengalami pengembangan akibat pembedahan lanjut.

e. Lain-lain

Catat perubahan-perubahan tanatologik lain yang ditemukan misalnya pembentukan mummifikasi atau *adipocere*.

Identifikasi umum

Catat tanda-tanda umum yang menunjukkan identitas mayat seperti : jenis kelamin, bangsa dan keturunan, umur, warna kulit, keadaan gizi, tinggi dan berat badan, keadaan penis (sirkumsisi atau tidak), adanya striae albicantes pada dinding perut.

Identifikasi khusus

Catat segala sesuatu yang dapat digunakan untuk penentuan identitas secara khusus.

a. Rajah/ tattoo

Tentukan letak, bentuk, warna serta tulisan dalam bentuk tato. Buatlah dokumentasi foto.

b. Jaringan parut

Agar jaringan parut yang ditemukan pada tubuh dicatat seteliti mungkin, baik jaringan parut yang ditimbulkan oleh penyembuhan luka maupun jaringan parut yang terjadi sebagai akibat tindakan operasi.

c. Kapalan (*callus*)

Dengan mencatat distribusi pembentukan *callus*, kadang-kadang dapat diperoleh keterangan yang berharga mengenai pekerjaan mayat yang diperiksa semasa hidupnya.

Pada pekerja/buruh pikul, akan ditemukan kapalan *callus* pada daerah bahu, pada pekerja kasar lainnya akan ditemukan *callus* pada telapak tangan atau kaki.

d. Kelainan-kelainan pada kulit.

Asanya kutil, angioma, bercak-bercak hiperpigmentasi, hipopigmentasi, eksema dan kelainan lain seringkali dapat membantu dalam penentuan identitas.

e. Anomali dan catat tubuh.

Kelainan-kelainan anatomis berupa anomali atau deformitas akibat penyakit atau kekerasan perlu dicatat dengan seksama.

Tidak tercatatnya ciri-ciri yang disebutkan diatas dapat sangat merugikan karena menyebabkan diragukannya hasil pemeriksaan terhadap mayat secara keseluruhan (misalnya : bagaimana dapat mempercayai hasil pemeriksaan secara keseluruhan, sedangkan adanya jari lebih pada ibu jari tangan kanan korban saja tidak terlihat/ dicatat oleh si pemeriksa).

Pemeriksaan rambut-rambut

Pemeriksaan terhadap rambut-rambut dimaksudkan untuk membantu identifikasi. Pencatatan dilakukan terhadap distribusi, warna, keadaan tumbuh serta sifat dari rambut tersebut baik dalam hal halus kasarnya atau lurus ikalnya. Bila pada tubuh mayat

ditemukan rambut yang mempunyai sifat yang berlainan dari rambut mayat, rambut-rambut ini harus diambil, disimpan dan diberi label, untuk pemeriksaan laboratorium lanjutan bila ternyata diperlukan kemudian hari.

Pemeriksaan mata

Periksa apakah kelopak mata terbuka atau tertutup. Pada kelopak mata, diperhatikan pula adanya tanda-tanda kekerasan serta kelainan-kelainan lain yang ditimbulkan oleh penyakit dan sebagainya. Periksa pula keadaan selaput lender kelopak mata, bagaimana warnanya, adakah pembuluh-pembuluh darah yang melebar, adakah bintik-bintik perdarahan atau bercak perdarahan.

Terhadap bola mata, dilakukan pula pemeriksaan terhadap kemungkinan terdapatnya tanda-tanda kekerasan, kelainan-kelainan seperti phtysis bulbi, pemakaian mata palsu dan sebagainya. Perhatikan pula keadaan selaput lendir bola mata akan adanya pelebaran pembuluh darah, bintik-bintik perdarahan atau kelainan lain. Terhadap kornea (selaput bening mata) ditentukan apakah jernih, adakah kelainan-kelainan baik yang fisiologik (misalnya arcus senilis) maupun patologik (leucoma). Iris (tirai mata) dicatat warnanya untuk membantu identifikasi. Catat pula kelainan-kelainan yang mungkin ditemukan. Perhatikan pupil (teleng mata) dan catat ukurannya, apakah sama pada mata yang kanan dan yang kiri. Bila terdapat kelainan pada lensa mata ini pun harus dicatat.

Pemeriksaan daun telinga dan hidung

Pemeriksaan meliputi pencatatan terhadap bentuk dari daun telinga dan hidung, terutama pada mayat dengan bentuk yang luar biasa karena hal ini mungkin dapat membantu dalam identifikasi. Catat pula kelainan-kelainan serta tanda kekerasan yang ditemukan. Periksa dengan teliti keadaan rongga mulut akan kemungkinan terdapatnya benda-benda asing (misalnya pada kasus penyumbatan). Terhadap gigi geligi, pencatatan harus selengkap-lengkapnyanya meliputi jumlah gigi yang terdapat, gigi geligi yang hilang/ patah/ mendapat tambalan/ bungkus logam, gigi palsu, kelainan letak, pewarnaan (*staining*) dan sebagainya.

Data gigi geligi merupakan alat yang sangat berguna untuk identifikasi bila terdapat data pembandingan.

Pemeriksaan alat kelamin dan lubang pelepasan

Kelainan-kelainan atau tanda-tanda kekerasan yang ditemukan harus mendapat perhatian dan dicatat selengkapnya. Pada mayat laki-laki, catat apakah alat kelamin mengalami sirkumsisi. Catat kelainan-kelainan bawaan yang mungkin ditemukan (epispadia, hypospadia, phymosis dan lain-lain), keluarnya cairan dari lubang kemaluan serta kelainan-kelainan yang ditimbulkan oleh penyakit atau sebab lain.

Pada dugaan telah terjadinya suatu persetubuhan beberapa saat sebelumnya, dapat diambil preparat tekan menggunakan kaca objek yang ditekan pada daerah glans atau corong glandis yang kemudian dapat dilakukan pemeriksaan terhadap adanya sel-sel epitel vagina. Pada mayat wanita, periksa adanya selaput dara dan komisura posterior akan kemungkinan adanya tanda kekerasan. Pada kasus dengan persangkaan telah melakukan persetubuhan beberapa saat sebelumnya, jangan lupa dilakukan pemeriksaan laboratorium terhadap cairan vagina/ sekret liang sanggama.

Lubang pelepasan perlu mendapat perhatian pula. Pada mayat yang sering mendapat perlakuan sodomi, mungkin ditemukan anus berbentuk corong yang selaput lendirnya sebagian berubah menjadi lapisan epitel gepeng bertanduk dan hilangnya fisur-fisur.

Lain-lain

Perlu mendapat perhatian pula kemungkinan terdapatnya :

- a. Tanda-tanda pembendungan, ikterus, warna kebiru-biruan pada kaku/ujung-ujung jari (sianosis) dan edema/sembab.
- b. Tanda-tanda bekas pengobatan berupa bekas kerokan, tracheotomy, suntikan, pungsi lumbal dan lain-lain.
- c. Terdapatnya bercak-bercak lumpur/ pengotoran-pengotoran lain pada tubuh, kepingan-kepingan cat, pecahan kaca, lumuran aspal dan lain-lain.

Pemeriksaan terhadap tanda-tanda kekerasan /luka

Pada pemeriksaan terhadap tanda-tanda kekerasan/luka, perlu dilakukan pencatatan yang teliti dan objektif terhadap :

a. Letak luka.

Pertama-tama sebutkan regio anatomis luka yang ditemukan, dengan juga mencatat letaknya yang tepat menggunakan koordinat terhadap garis/titik anatomis yang terdekat.

b. Jenis luka

Tentukan jenis luka, apakah merupakan letak lecet, luka memar atau luka terbuka.

c. Bentuk luka.

Sebutkan bentuk luka yang ditemukan. Pada luka yang terbuka, sebutkan pula bentuk luka setelah luka dirapatkan.

d. Arah luka

Dicatat arah luka, apakah melintang, membujur atau miring.

e. Tepi luka

Perhatikan tepi luka apakah rata, teratur atau berbentuk tidak beraturan.

f. Sudut luka

Pada luka terbuka, perhatikan apakah sudut luka merupakan sudut runcing, membulat atau bentuk lain.

g. Dasar luka.

Perhatikan dasar luka, jaringan bawah kulit atau otot bahkan merupakan rongga badan.

h. Sekitar luka

Perhatikan adanya pengotoran, terdapatnya luka/tanda kekerasan lain di sekitar luka.

i. Ukuran luka

Luka diukur dengan teliti. Pada luka terbuka, ukuran luka diukur juga setelah luka yang bersangkutan dirapatkan.

j. Saluran luka

Pada luka tembakan atau tusukan perlu dilakukan penentuan saluran luka secara *insitu*. Tentukan “perjalanan” luka serta panjang luka. Seringkali ini baru dapat ditentukan pada saat dilakukan pembedahan mayat.

k. Lain-lain

Pada luka lecet jenis serut, harus dilakukan pemeriksaan secara teliti terhadap permukaan luka. Pola penumpukan kulit ari yang terserut dapat mengungkapkan arah kekerasan yang menyebabkan luka tersebut.

Pemeriksaan terhadap patah tulang

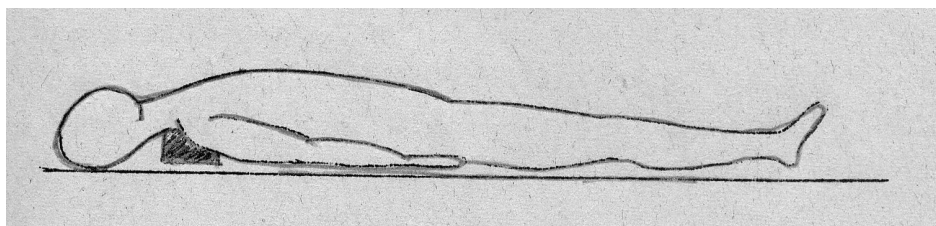
Tentukan letak patah tulang yang ditemukan serta catat/ sifat/ jenis masing-masing patah tulang yang terdapat.

1. Pemeriksaan Dalam

Pengeluaran alat-alat dalam.

Untuk pemeriksaan lebih lanjut, alat-alat leher akan dikeluarkan bersama-sama dengan alat-alat rongga dada. Usus halus mulai dari jejunum sampai rectum dilepaskan tersendiri dan kemudian alat-alat dalam rongga perut dikeluarkan bersama-sama dengan alat-alat dalam rongga panggul.

Mayat yang akan dibedah diletakkan terlentang dengan bagian bahu ditinggikan (diganjal) dengan sepotong balok kecil, dengan demikian, kepala akan berada dalam keadaan fleksi maksimal dan daerah leher tampak jelas.

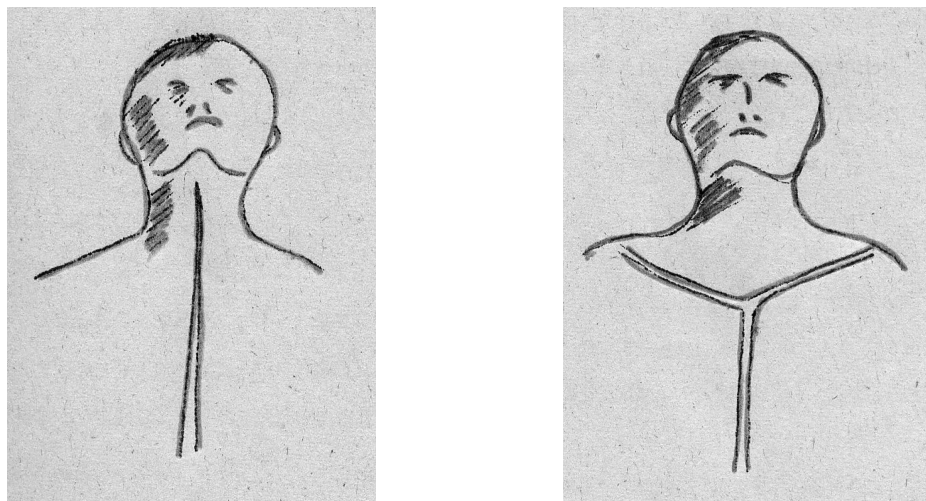


Gambar 1. Posisi mayat yang akan dilakukan otopsi

Pada daerah leher, insisi hanya mencapai kedalaman setebal kulit saja. Pada daerah dada, insisi kulit sampai kedalaman mencapai permukaan depan tulang dada

(sternum) sedangkan mulai di daerah epigastrium, sampai menembus ke dalam rongga perut.

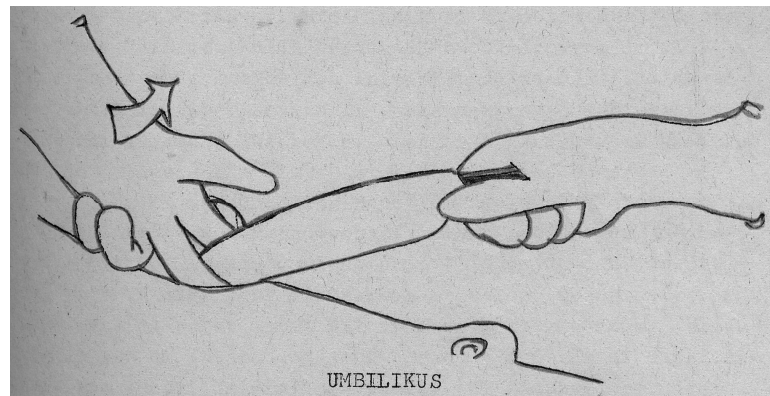
Insisi berbentuk huruf I merupakan insisi yang paling ideal untuk suatu pemeriksaan bedah mayat forensik. Pada keadaan tertentu, bila tidak mengganggu kepentingan pemeriksaan, atas indikasi kosmetik dapat dipertimbangkan insisi kulit berbentuk huruf Y, yang dimulai pada kedua puncak bahu dan insisi pada daerah sebelah kanan dan kiri dipertemukan digaris pertengahan kira-kira setinggi insisura jugularis. Dengan insisi berbentuk huruf Y, maka pengeluaran alat-alat leher menjadi sukar.



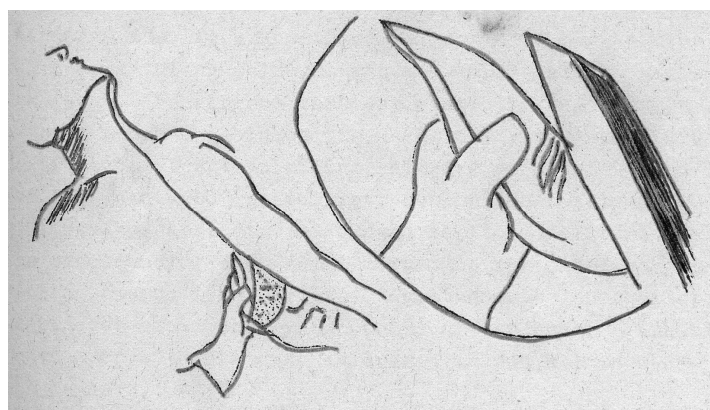
Gambar 2. Kiri : insisi huruf I; kanan : insisi huruf Y

Insisi kulit dilakukan mengikuti garis pertengahan badan mulai di bawah dagu, diteruskan ke arah umbilicus dan melingkari umbilicus ini di sisi kiri dan seterusnya kembali mengikuti garis pertengahan badan sampai di daerah simfisis pubis.

Insisi pada dinding perut biasanya dimulai dari daerah epigastrium dengan membuat irisan pendek yang menembus sampai peritoneum. Dengan jari telunjuk dan jari tengah tangan kiri yang dimasukkan ke dalam lubang insisi ini, maka dinding perut dapat ditarik/diangkat ke atas. Pisau diselipkan diantara dua jari tersebut dan insisi dapat diteruskan sampai ke simfisis pubis. Di samping berfungsi sebagai pengangkat dinding perut, kedua jari tangan kiri juga sebagai pemandu (*guide*) dari pisau, serta melindungi alat-alat dalam rongga perut dari kemungkinan teriris pisau.



Gambar 3. Insisi pada dinding perut
Telunjuk dan jari tengah tangan kiri dimasukkan ke dalam rongga perut, menarik dinding perut ke arah atas untuk menghindari terpotongnya alat-alat dalam



Gambar 4. Melepaskan dinding perut bagian atas.
Pada daerah lengkung iga, dinding perut bagian atas dilepaskan dari dinding dada. Perhatikan cara tangan memuntir.

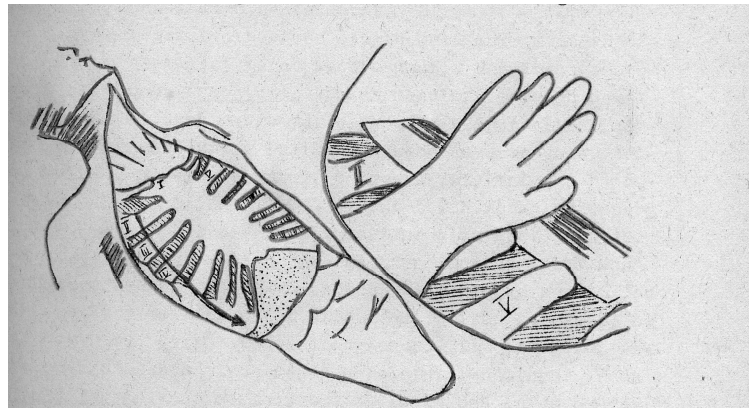
Dengan memegang dinding perut bagian atas dan memuntir dinding perut tersebut ke arah luar (dilakukan dengan ibu jari di sebelah dalam/peritoneum dan 4 jari lainnya di sebelah luar/kulit), dinding dada dilepaskan dengan memulai irisan pada otot-otot sepanjang arcus costae. Pelepasan dinding dada dilakukan terus ke arah dada bagian atas sampai daerah tulang selangka dan ke samping sampai garis ketiak depan. Pengirisan terhadap otot dilakukan dengan bagian perut pisau dan bidang pisau (*blade*) yang tegak lurus terhadap otot. Dengan demikian, dinding dada telah dibebaskan dari

otot-otot leher yang berada di bawahnya. Perhatikan adanya tanda-tanda kekerasan maupun kelainan-kelainan lainnya.

Pada dinding perut, diperhatikan keadaan lemak bawah kulit serta otot-otot dinding perut, catat tebal masing-masing serta luka-luka bila terdapat.

Rongga perut diperiksa dengan mula-mula memperhatikan keadaan alat-alat perut secara umum. Bagaimana penyebaran tirai usus (omentum), apakah menutupi seluruh usus-usus kecil, ataukah mengumpul pada satu tempat akibat adanya kelainan setempat. Periksalah keadaan usus-usus, adakah kelainan berupa volvulus, intussusepsi, infark, tanda-tanda kekerasan lainnya. Bila mayat telah mengalami operasi sebelumnya, perhatikan pula bagian/ alat-alat perut yang mengalami penjahitan, reseksi dan tindakan-tindakan lainnya. Perhatikan adakah cairan dalam rongga perut, dan bila terdapat cairan, catat sifat dari cairan tersebut, serous, purulen, darah atau cairan keruh. Dinding perut sebelah dalam diperhatikan keadaan selaput lendirnya. Pada selaput lendir yang normal, tampak licin dan halus berwarna kelabu mengkilat. Pada kelainan peritonitis, akan tampak selaput lendir yang tidak rata, keruh dengan fibrin yang melekat.

Tentukan pula letak sekat rongga badan (diafragma), dengan membandingkan tinggi diafragma dengan iga-iga di garis pertengahan selangka (*midclavicular line*).

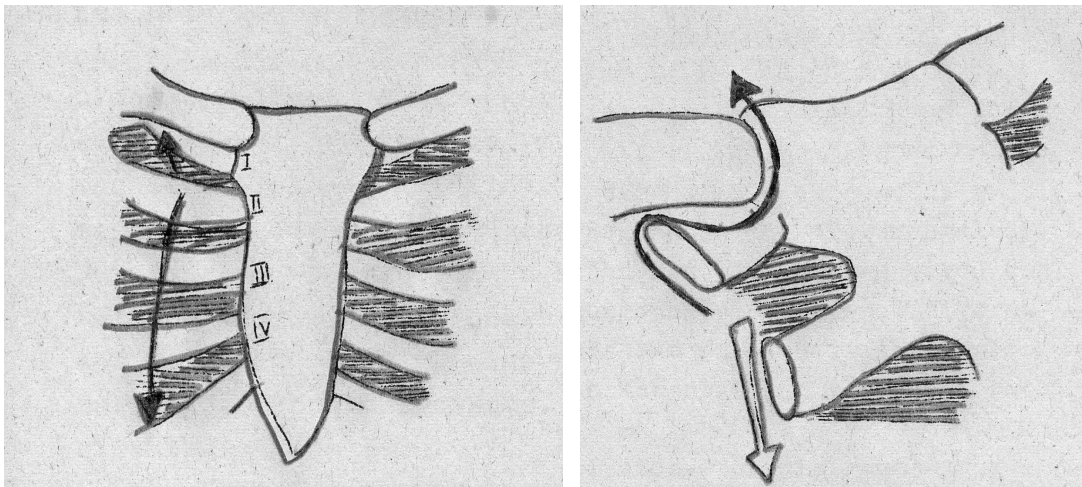


Gambar 5. Membuka rongga dada.

Iga dipotong mulai iga ke-2 sampai lengkung iga. Dengan bidang pisau tegak pada iga-iga dan telapak tangan menekan punggung pisau, iga-iga mudah terpotong.

Rongga dada dibuka dengan jalan mengiris rawan-rawan iga pada setengah sampai satu sentimeter di sebelah medial dari batas rawan-tulang masing-masing iga.

Dengan bagian perut pisau dan bidang pisau (*knife blade*) yang diletakkan tegak lurus, rawan iga dipotong mulai dari iga ke-2 terus ke arah kaudal. Pemotongan ini dapat dilakukan dengan mudah pada mayat yang masih muda karena bagian rawan belum mengalami penulangan. Dengan tangan kanan memegang gagang pisau digerakkan memotong rawan iga-iga tersebut mulai dari iga ke-2 sampai daerah *arcus costae*. Lakukanlah hal yang sama pada sisi tubuh yang lain.



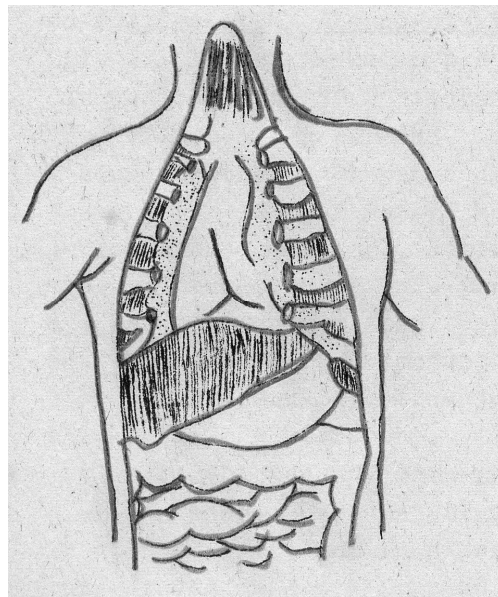
Gambar 6. Kiri : iga dipotong mulai rawan iga ke-2 ke arah kaudo-lateral. Iga pertama dipotong ke arah kranio-lateral untuk menghindari manubrium sterni. Kanan : setelah iga pertama terpotong, *artikulasio sterno-clavicularis* dipotong juga

Dengan memotong insersi otot-otot diafragma yang melekat pada dinding dada bagian depan sebelah bawah, perlekatan sternum dengan pericardium dapat dilepaskan. Iga pertama dipotong dengan meneruskan irisan pada iga kedua ke arah kranio-lateral, dengan demikian, irisan dihindarkan dari mengenai manubrium sterni yang keras. Setelah rawan iga pertama terpotong, pisau dapat diteruskan ke arah medial menyusuri tepi bawah tulang selangka untuk mencapai sendi antara tulang selangka dan tulang dada (*artikulasio sterno-clavicularis*) dan memotongnya. Bila ini telah dilakukan pada kedua sisi, maka depan dinding dada telah dapat dilepaskan.

Perhatikan pertama-tama letak paru-paru terhadap kantung jantung. Biasanya dengan mencatat bagian kantung jantung yang tampak antara kedua paru-paru (diukur dengan jari tangan pemeriksa), dapat diperoleh gambaran tentang keadaan

pengembangan paru-paru, Pada orang dewasa biasanya kantung jantung akan tampak selebar 4 jari antara kedua tepi paru-paru. Kantong jantung yang tampak hanya 2 jari antara paru-paru menunjukkan keadaan pengembangan paru-paru yang berlebih.

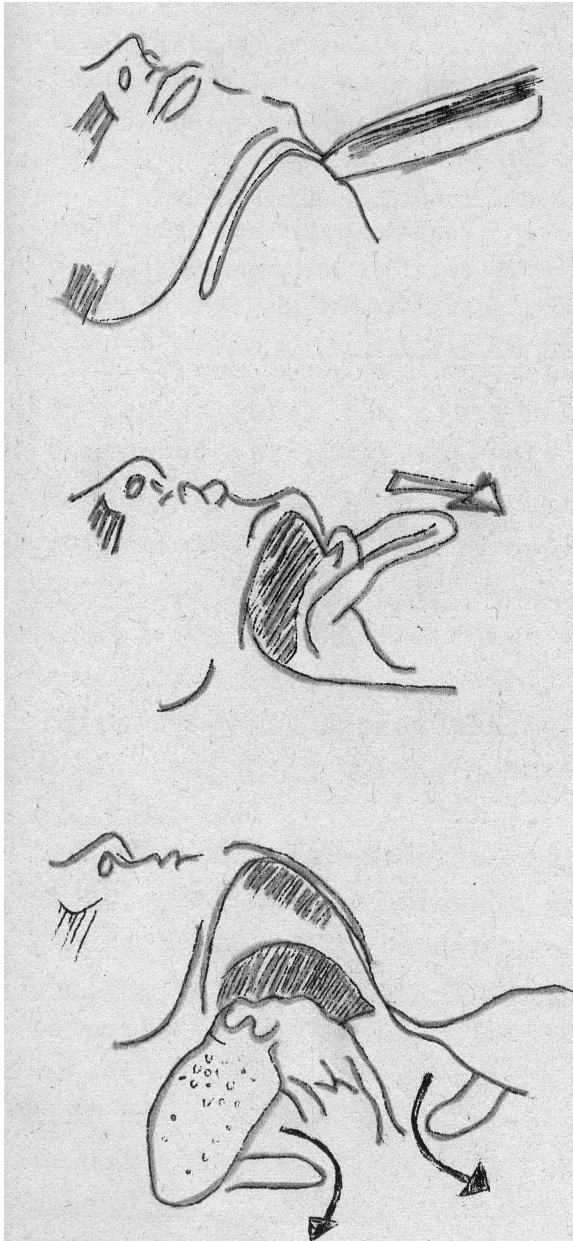
Dengan tangan, paru-paru dapat ditarik ke arah medial dan rongga dada dapat diperiksa, apakah terdapat cairan, darah atau kelainan-kelainan lainnya. Kantong jantung dibuka dengan melakukan pengguntingan pada dinding depan mengikuti bentuk huruf Y terbalik. Perhatikan apakah rongga kantong jantung terisi oleh cairan atau darah. Periksa pula akan adanya luka-luka baik pada kantong jantung maupun pada permukaan depan jantung sendiri. Pada dugaan adanya thrombosis arteria pulmonalis, permukaan depan bilik jantung kanan diiris memanjang sejajar dengan septum jantung, kurang lebih $\frac{1}{2}$ sentimeter di sebelah lateral dari septum. Irisan ini kemudian diperpanjang dengan gunting ke arah arteri pulmonalis. Periksa pula akan adanya kelenjar thymus yang terletak di sebelah atas dinding depan kantong jantung.



Gambar 7. Mengamati rongga dada
Tentukan berapa jari kantong jantung tampak di antara kedua paru-paru. Kantong jantung dibuka dengan gunting sesuai huruf Y terbalik.

Pengeluaran alat-alat leher.

Pengeluaran alat-alat leher dimulai dengan melakukan pengirisan insersi otot-otot dasar mulut pada tulang rahang bawah. Irisan dimulai tepat di bawah dagu, menembus rongga mulut dari bawah. Insisi diperlebar ke arah kanan maupun ke arah kiri. Lidah ditarik ke arah bawah sehingga dapat dikeluarkan melalui tempat bekas irisan. Perhatikan keadaan rongga mulut dan catat kelainan-kelainan yang mungkin terdapat, antara lain adanya benda asing dalam rongga mulut. Perhatikan pula langit-langit mulut, baik palatum durum maupun palatum molle, untuk mencatat kelainan-kelainan yang ditemukan. Palatum molle kemudian diiris sepanjang perlekatannya dengan palatum durum yang kemudian diteruskan ke arah lateral kanan dan kiri, sampai bagian lateral dari plica pharyngea. Dengan meneruskan pemotongan sampai ke permukaan depan dari tulang belakang dan sedikit menarik alat-alat leher ke arah depan, seluruh alat-alat leher dapat dilepaskan dari perlekatannya. Lakukan pemotongan-pemotongan terhadap pembuluh-pembuluh serta syaraf-syaraf yang berjalan di belakang tulang selangka dengan terlebih dahulu menggenggam pembuluh-pembuluh dan syaraf-syaraf tersebut.



Gambar 8. Dasar mulut diiris menyusuri tepi rahang bawah

Gambar 9. Lidah ditarik keluar melalui dasar mulut yang telah diiris

Gambar 10. Pembuluh-pembuluh cabang aorta yang keluar ke arah lengan dipotong di subclavia

Lepaskan perlekatan antara paru-paru dengan dinding rongga dada, bila perlu secara tajam. Dengan tangan kanan memegang lidah dan dua jari tangan kiri yang diletakkan pada sisi kanan dan kiri hilus paru-paru, alat-alat rongga dada ditarik ke arah kaudal sampai keluar dari rongga paru-paru. Lepaskan oesophagus bagian kaudal dari jaringan ikat sekitarnya dan buatlah dua ikatan di atas diafragma. Oesophagus digunting di antara kedua ikatan tersebut. Tangan kiri kini digunakan untuk menggenggam bagian

bawah alat-alat rongga dada tepat di atas diafragma dan lakukan pengirisan terhadap "genggaman tersebut". Dengan demikian, alat-alat tersebut dapat dikeluarkan seluruhnya dari rongga dada.

Usus-usus dilepaskan dengan pertama-tama melakukan dua ikatan pada awal jejunum, dekat dengan tempat menembusnya duodenum dari arah retroperitoneal. Secara topografis, bagian duodenum ini terletak kaudal terhadap kulon transversum, kira-kira di garis pertengahan selangka. Pengguntingan dilakukan di antara dua ikatan yang dibuat, agar isi duodenum tidak tercecce. Dengan tangan kiri memegang pada ujung distal dan mengangkatnya, maka mesentrium yang melekatkan usus dengan rongga perut dapat diiris dekat pada usus. Pengirisan dilakukan dengan pisau organ yang bidang pisaunya (*knife blade*) diletakkan tegak lurus pada usus dan digerakkan maju-mundur seperti gerakan menggergaji.

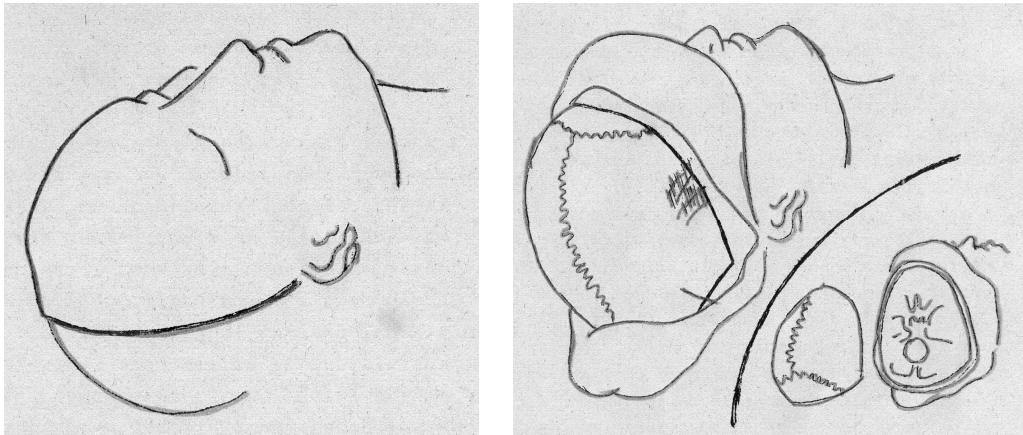
Pengirisan demikian dilakukan sepanjang usus halus sampai daerah ileum terminalis. Pada daerah coecum, pengirisan dilakukan terhadap mesokolon, dengan memotong mesokolon pada bagian lateral dari kolon ascendens. Pada daerah ini, pemotongan harus dilakukan dengan hati-hati, lapis demi lapis agar tidak teriris ginjal kanan serta duodenum pars retroperitonealis. Pada daerah kolon transversum, lepaskan perlekatan antara kolon dan lambung. Mesokolon kembali diiris di sebelah lateral dari kolon descendens dengan memisahkannya juga dari limpa dan ginjal kiri. Kolon sigmoid dapat dilepaskan dari dinding rongga perut dengan memotong mesokolon di bagian belakangnya. Rectum dipegang dengan tangan kanan, mulai dari bagian distal dan mengurutnya ke arah proksimal, agar isi rectum dipindahkan ke arah colon sigmoid dan rectum dapat diikat dengan dua ikatan, untuk kemudian diputus di antara dua ikatan tersebut. Sambil melakukan pelepasan usus halus dan usus besar, dapat dilakukan pemeriksaan sepanjang usus tersebut untuk menemukan kelainan-kelainan.

Untuk melepaskan alat-alat rongga perut dan panggul, pengirisan dimulai dengan memotong diafragma pada insersinya pada dinding rongga badan. Pengirisan diteruskan ke arah bawah, sebelah kanan dan kiri, lateral masing-masing ginjal, sampai memotong arteria iliaca communis. Alat-alat rongga panggul dilepaskan dengan terlebih dahulu melepas peritoneum di daerah simfisis, dan kandung kencing serta alat-alat lain dapat dipegang dalam tangan kiri sampai ke arah belakang bersama-sama rektum.

Pemotongan melintang dilakukan dengan patokan setinggi kelenjar prostat pada mayat laki-laki dan setinggi proksimal vagina pada mayat perempuan. Alat-alat rongga panggul ini kemudian dilepaskan seluruhnya dari perlekatan dengan sekitarnya dan dapat diangkat bersama-sama dengan alat rongga perut yang telah dilepaskan terlebih dahulu.

Pemeriksaan kepala.

Pemeriksaan pada kepala dimulai dengan membuat irisan pada kulit kepala, dimulai pada prosesus matoideus, melingkar kepala kearah puncak kepala (vertex) dan berakhir pada prosesus mastoideus sisi lain. Pada mayat yang lebat rambut kepalanya, dilakukan terlebih dahulu penyisiran pada rambut sehingga terjadi garis belahan rambut sepanjang kulit kepala yang akan diiris tersebut.



Gambar 11. Kiri : Irisan permulaan pada kulit kepala, kanan : Garis penggergajian tengkorak mayat dewasa. Gambar paling kanan menunjukkan atap tengkorak yang telah dilepaskan dari tempatnya.

Pengirisan dibuat sampai pisau mencapai periosteum. Kulit kepala kemudian dikupas, ke arah depan sampai kurang lebih 1-2 sentimeter di atas batas orbita (margo supraorbitalis) dan ke arah belakang sampai sejauh protuberantia occipitalis externa. Perhatikan dan catat kelainan-kelainan yang terdapat, baik pada permukaan dalam kulit kepala maupun permukaan luar tulang tengkorak. Kelainan yang biasa ditemukan adalah tanda-tanda kekerasan, baik merupakan resapan darah maupun garis retak/patah tulang. Untuk membuka rongga tengkorak, dilakukan penggergajian tulang tengkorak, melingkar di daerah frontal sejarak kurang lebih 2 sentimeter di atas margo supraorbitalis, di

daerah temporal kurang lebih 2 sentimeter di atas daun telinga. Pada daerah temporalis ini, penggergajian dilakukan setelah otot temporalis dipotong dengan pisau terlebih dahulu. Pemotongan otot temporalis dimaksudkan agar otot tersebut setelah selesai pemeriksaan dapat digunakan sebagai pegangan/ tempat jahitan menyatukan kembali atap tengkorak dengan bagian lain tengkorak tersebut. Pada daerah temporalis ini, penggergajian dilakukan melingkar ke arah belakang, kurang lebih 2 sentimeter sebelah atas protuberantia occipitalis externa, dengan garis penggergajian yang membentuk sudut kurang lebih 120 derajat dari garis penggergajian terdahulu. Hal ini dilakukan agar setelah selesai pemeriksaan, atap tengkorak dapat dipasang kembali tanpa tergelincir/tergeser. Agar penggergajian tidak merusak jaringan otak, penggergajian harus dilakukan dengan hati-hati dan dihentikan setelah terasa tebal tulang tengkorak telah terlampaui. Atap tengkorak dapat dilepas dengan menggunakan pahat berbentuk T (*T-chisel*). Setelah atap tengkorak dilepaskan, pertama-tama dilakukan penciuman terhadap bau yang keluar sebab pada beberapa jenis keracunan, dapat tercium bau yang khas. Kemudian perhatikan adanya kelainan baik pada permukaan dalam atap tengkorak maupun pada durameter yang kini tampak. Kelainan-kelainan dapat merupakan luka pada durameter, perdarahan epidural atau kelainan lain. Durameter kemudian digunting mengikuti garis penggergajian, dan daerah subdural dapat diperiksa akan adanya perdarahan, pengumpulan nanah dan sebagainya.

Otak dikeluarkan dengan pertama-tama memasukkan dua jari tangan kiri di garis pertengahan daerah frontal, antara bagian otak dan tulang tengkorak. Dengan sedikit menekan bagian frontal, akan tampak falks serebri yang dapat dipotong atau digunting sampai dasar tengkorak. Kedua jari tangan kiri tersebut kemudian dapat sedikit mengangkat bagian frontal dan memperlihatkan nervi olfaktorius, nervi optikus, yang kemudian dipotong sedekat mungkin pada dasar otak. Pemotongan lebih lanjut dapat dilakukan pada arteri karotis interna yang memasuki otak, serta saraf-saraf otak yang keluar pada dasar otak. Dengan memiringkan kepala mayat ke salah satu sisi, serta jari-jari tangan kiri sedikit menarik / mengangkat bagian pelipis (temporalis) sisi yang lain, tentorium serebelli akan jelas tampak dan mudah dipotong, dimulai dari foramen magnum ke arah lateral menyusuri tepi belakang tulang karang (os petrosum). Dengan cara yang sama, tentorium serebelli sisi lainnya juga dipotong. Kemudian kepala

dikembalikan pada posisi semula dan batang otak dapat dipotong melintang dengan memasukkan pisau sejauh-jauhnya dalam foramen magnum. Dengan tangan kiri menyanggah daerah bagian occipital, dua jari tangan kanan dapat ditempatkan di sisi kanan dan kiri batang otak yang telah terpotong, untuk kemudian menarik bagian bawah otak ini dengan gerakan memutar/meluksir hingga keluar dari rongga tengkorak. Setelah otak dikeluarkan, duramater yang melekat pada dasar tengkorak harus dilepaskan dari dasarnya, agar dapat diperhatikan adanya kelainan-kelainan dasar tengkorak.

Pemeriksaan organ-organ.

Pemeriksaan organ/alat-alat biasanya dimulai dari lidah, oesophagus, trachea dan seterusnya sampai meliputi seluruh alat tubuh.

1. Lidah.

Pada lidah, perhatikan permukaan lidah, adakah kelainan bekas gigitan, baik yang baru maupun yang lama. Bekas gigitan yang berulang dapat ditemukan pada penderita epilepsi. Bekas gigitan ini dapat pula terlihat pada penampang lidah. Pengirisan lidah sebaiknya tidak sampai teriris putus, agar setelah selesai otopsi, mayat masih tampak berlidah utuh.

2. Tonsil.

Perhatikan permukaan maupun penampang tonsil, adakah selaput, gambaran infeksi, nanah dsb. Ditemukannya tonsilektomi kadang-kadang membantu dalam identifikasi.

3. Kelenjar gondok.

Untuk melihat kelenjar gondok dengan baik, otot-otot leher terlebih dahulu dilepaskan dari perlekatannya di sebelah belakang. Dengan pinset bergigi pada tangan kiri, ujung bawah otot-otot leher dijepit dan sedikit diangkat, dengan gunting pada tangan kanan, otot leher dibebaskan dari bagian posterior. Setelah otot-otot leher ini terangkat, maka kelenjar gondok akan tampak jelas dan dapat dilepaskan dari perlekatannya pada rawan gondok dan trachea. Perhatikan ukuran dan beratnya. Periksa apakah permukaannya rata, cacat warnanya, adakah perdarahan berbintik atau resapan darah. Lakukan pengirisan di bagian lateral pada kedua bagian kelenjar gondok dan catat peringai penampang kelenjar ini.

4. Kerongkongan (oesophagus).

Oesophagus dibuka dengan jalan menggunting sepanjang dinding belakang dan diperhatikan adanya benda-benda asing, keadaan selaput lender serta kelainan-kelainan yang mungkin ditemukan (misalnya : striktura, varices).

5. Batang tenggorok (trachea).

Pemeriksaan dimulai pada mulut atas batang tenggorokan, dimulai pada epiglottis. Perhatikan adakah edema, benda asing, perdarahan dan kelainan lain. Perhatikan pula pita suara dan kotak suara. Pembukaan trachea dilakukan dengan melakukan pengguntingan dinding belakang (bagian jaringan ikat pada cincin trachea) sampai mencapai cabang bronchus kanan dan kiri. Perhatikan adanya benda asing, busa, darah, serta keadaan selaput lendirnya.

6. Tulang lidah (os hyoid), tulang rawan gondok (kartilago thyroidea) dan tulang rawan cincin (kartilago cricoidea).

Tulang lidah kadang-kadang patah (unilateral) pada kasus pencekikan. Tulang lidah terlebih dahulu dilepaskan dari jaringan sekitarnya dengan menggunakan pinset dan gunting. Perhatikan adanya patah tulang, resapan darah. Tulang rawan gondok dan tulang rawan cincin seringkali juga menunjukkan resapan darah pada kasus-kasus dengan kekerasan pada daerah leher.

7. Arteria carotis interna.

Arteria carotis interna biasanya tertinggal melekat pada permukaan depan ruas tulang leher. Perhatikan adanya tanda kekerasan pada sekitar arteria ini. Buka pula arteria ini dengan menggunting dinding depannya dan perhatikan keadaan intima. Bila kekerasan pada daerah leher mengenai arteria ini, kadang-kadang dapat ditemukan kerusakan pada intima di samping terdapatnya resapan darah.

8. Kelenjar thymus.

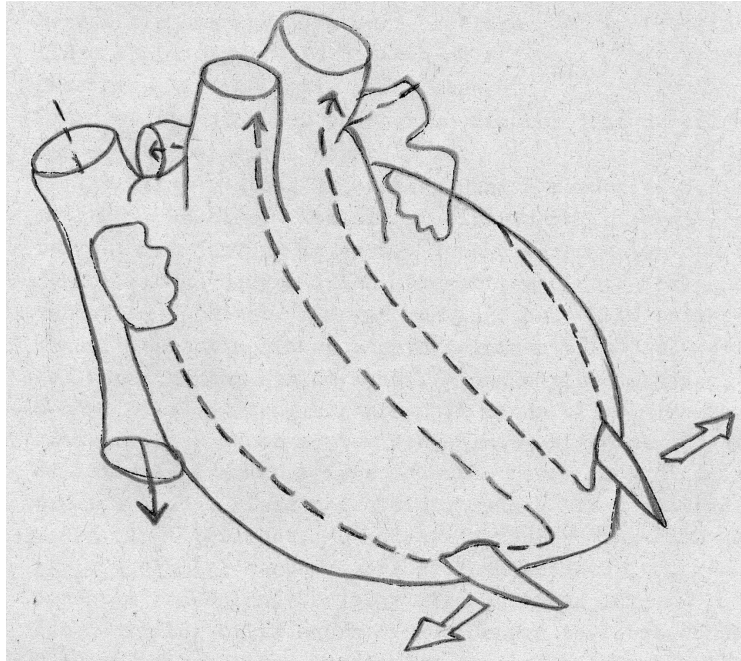
Kelenjar thymus biasanya telah berganti menjadi "*thymic fat body*" pada orang dewasa, namun kadang-kadang masih dapat ditemukan (pada status thymico-lymphaticus). Kelenjar thymus terdapat melekat di sebelah atas kandung jantung. Pada permukaannya perhatikan akan adanya perdarahan berbintik serta kemungkinan adanya kelainan lain.

9. Paru-paru.

Kedua paru-paru masing-masing diperiksa tersendiri. Tentukan permukaan paru-paru. Pada paru-paru yang mengalami emphysema, dapat ditemukan cekungan bekas penekanan iga-iga. Perhatikan warnanya serta bintik-bintik perdarahan, bercak-bercak perdarahan akibat aspirasi darah ke dalam alveoli (tampak pada permukaan paru sebagai bercak berwarna merah hitam dengan batas tegas), resapan darah, luka-luka, bulla dan sebagainya. Perabaan paru-paru yang normal terasa seperti meraba spons/karet busa. Pada paru-paru dengan proses peradangan, perabaan dapat menjadi padat atau keras. Penampang paru-paru diperiksa setelah melakukan pengirisan paru-paru yang dimulai dari apex sampai ke basal dengan tangan kiri memegang paru-paru pada daerah halus. Pada penampang paru-paru ditentukan warnanya serta dicatat kelainan-kelainan yang mungkin ditemukan.

10. Jantung.

Jantung dilepaskan dari pembuluh-pembuluh besar yang keluar/masuk ke jantung dengan jalan memegang apex jantung dan mengangkatnya serta menggunting pembuluh-pembuluh tadi sejauh mungkin dari jantung. Perhatikan besarnya jantung, bandingkan dengan kepala tinju kanan mayat. Perhatikan akan adanya resapan darah, luka atau bintik-bintik perdarahan. Pada otopsi jantung, pemotongan dinding jantung dilakukan mengikuti aliran darah. Pertama-tama jantung diletakkan dengan permukaan ventral menghadap ke atas. Posisi ini dipertahankan terus sampai otopsi jantung selesai.



Gambar 12. Autopsi Jantung. Pemotongan mengikuti aliran darah dalam jantung. (1) Pengguntingan dinding belakang vena cava. (2) Irisan ke arah lateral bilik kanan. (3) Pengguntingan dinding depan bilik kanan ke arah a. pulmonalis. (4) Pembukaan vv. pulmonalis. (5) Irisan ke arah lateral bilik kiri dan (6) Pengguntingan dinding depan bilik kiri ke arah aorta.

Vena cava superior dan inferior dibuka dengan jalan menggunting dinding belakang vena-vena tersebut. Dengan gunting, buka pula aurikel kanan. Perhatikan akan adanya kelainan baik pada aurikel kanan maupun atrium kanan. Dengan pisau panjang, masuki bilik jantung kanan sampai ujung pisau menembus apeks di sisi kanan septum dengan mata pisau mengarah ke lateral, lakukan irisan menembus tebal otot dinding sebelah kanan. Dengan demikian, rongga bilik jantung kanan dapat terlihat. Lakukan pengukuran lingkaran katup tricuspidal serta memeriksa keadaan katup, apakah terdapat penebalan benjolan atau kelainan lain. Tebal dinding bilik kanan diukur dengan terlebih dahulu membuat irisan tegak lurus pada dinding belakang bilik kanan ini, 1 sentimeter di bawah katup. Irisan pada dinding depan bilik kanan dilakukan mulai dari apeks, menyusuri septum pada jarak setengah sentimeter, sampai ke arah dinding depan arteria pulmonalis. Katup seminularis pulmonal diukur lingkarannya dan keadaan daun katupnya dinilai. Pembukaan serambi dan bilik kiri dimulai dengan

pengguntingan dinding belakang vv.pulmonalis, yang disusul dengan permukaan aurikel kiri. Dengan pisau yang panjang, apeks jantung sebelah kiri dari septum ditusuk, lalu diiris ke arah lateral sehingga bilik kiri terbuka. Lakukan pengukuran lingkaran katup mitral serta penilaian terhadap keadaan katup. Tebal otot jantung sebelah kiri diukur pada irisan tegak yang dibuat 1 sentimeter sebelah bawah katup pada dinding belakang. Dengan gunting, dinding depan bilik kiri dipotong menyusuri septum pada jarak $\frac{1}{2}$ sentimeter, terus ke arah atas membuka juga dinding dengan aorta. Lingkaran katup semilunaris aortae diukur dan daun katup dinilai. Pada daerah katup semilunaris aortae dapat ditemukan dua muara arteria koronaria kiri dan kanan. Untuk memeriksa keadaan arteria koronaria, sama sekali tidak boleh menggunakan sonde, karena ini akan dapat mendorong thrombus yang mungkin terdapat. Pemeriksaan dilakukan dengan melakukan pengirisan melintang sepanjang jalannya pembuluh darah arteria koronaria kiri berjalan di sisi depan septum, dan arteria koronaria kanan ke luar dari dinding pangkal aorta ke arah belakang. Pada penampang irisan diperhatikan tebal dinding arteri, keadaan lumen serta kemungkinan terdapatnya thrombus. Septum jantung dibelah untuk dilihat kelainan-kelainan otot, baik merupakan kelainan yang bawaan. Nilai pengukuran pada jantung normal orang dewasa adalah sebagai berikut : ukuran jantung sebesar kepala tinju kanan mayat, berat sekitar 300 gram, ukuran lingkaran katup serambi bilik kanan sekitar 11 sentimeter, yang kiri sekitar 9,5 sentimeter, lingkaran katup pulmonal sekitar 7 sentimeter dan aortal sekitar 6,5 sentimeter. Tebal otot kanan 3 sampai 5 sentimeter sedangkan yang kiri sekitar 14 milimeter.

11. Aorta torakalis.

Pengguntingan pada dinding aorta thorakalis dapat memperlihatkan permukaan dalam aorta. Perhatikan kemungkinan terdapatnya deposit kapur, ateroma atau pembentukan aneurisme. Kadang-kadang pada aorta dapat ditemukan tanda-tanda kekerasan merupakan resapan darah atau luka. Pada kasus kematian bunuh diri dengan jalan menjatuhkan diri tempat yang tinggi, bila korban mendarat dengan kedua kaki terlebih dahulu, seringkali ditemukan robekan melintang pada aorta torakalis.

12. Aorta abdominalis.

Blok organ-organ perut dan panggul diletakkan diatas meja potong dengan permukaan belakang menghadap ke atas. Aorta abdominalis digunting dinding belakangnya mulai dari tempat pemotongan arteri iliaka komunis kanan dan kiri.

Perhatikan dinding aorta terhadap adanya penimbunan perkapuran maupun atheroma. Perhatikan pula muara dari pembuluh-pembuluh nadi yang keluar dari aorta abdominalis ini, terutama muara arteria renalis kanan dan kiri dibuka sampai memasuki ginjal. Perhatikan apakah terdapat kelainan pada dinding pembuluh darah yang mungkin merupakan dasar dideritanya hipertensi renal bagi yang bersangkutan.

13. Kelenjar anak ginjal (glandula suprarenalis)

Kedua anak ginjal harus dicari terlebih dahulu sebelum dilakukan pemeriksaan lebih lanjut pada blok alat-alat rongga perut dan panggul. Hal ini perlu mendapat perhatian, karena bila telah dilakukan pemeriksaan, atau telah dilakukan pemisahan-pemisahan alat-alat tersebut, anak ginjal sukar ditemukan.

Anak ginjal kanan terletak di bagian kranio-medial dari kutub atas ginjal kanan, tertutup oleh jaringan lemak, berada antara permukaan belakang hati dan permukaan bawah diafragma. Untuk menemukan anak ginjal sebelah kanan ini, pertama-tama digunting otot diafragma sebelah kanan. Pada tempat yang disebutkan di atas, lepaskan dengan pinset dan gunting jaringan lemak yang terdapat, akan tampak anak ginjal yang berwarna kuning kecoklatan-coklatan berbentuk trapesium dan tipis. Anak ginjal kemudian dibebaskan dari jaringan sekitarnya dan diperiksa terhadap kemungkinan terdapatnya kelainan ukuran, resapan darah dsb.

Anak ginjal kiri terletak dibagian kranio-medial kutub atas ginjal kiri, juga tertutup dalam jaringan lemak, terletak antara ekor kelenjar liur perut (pankreas) dan diafragma. Dengan cara yang sama seperti pada pengeluaran anak ginjal kanan, anak ginjal kiri yang berbentuk bulan sabit tipis dapat dilepaskan untuk dilakukan pemeriksaan dengan seksama. Pada anak ginjal yang normal, penggungtingan

anak ginjal akan memberikan penampang dengan bagian korteks dan medulla yang tampak jelas.

14. Ginjal, ureter dan kandung kencing

Kedua ginjal masing-masing diliputi oleh jaringan lemak yang dikenal sebagai capsula adipose renis. Adanya trauma yang mengenai daerah ginjal seringkali menyebabkan resapan darah pada capsula ini. Dengan melakukan pengirisan dibagian lateral kapsula, ginjal dapat dibebaskan. Untuk pemeriksaan lebih lanjut, ginjal digenggam pada tangan kiri dengan pelvis renis dan ureter terletak antara telunjuk dan jari tengah. Irisan pada ginjal dibuat dari arah lateral ke medial, diusahakan tepat di bidang tengah sehingga penampang akan melewati pelvis renis. Pada tepi lateral irisan, dengan menggunakan pinset bergigi, capsula renis dapat di "cubit" dan kemudian dikupas secara tumpul. Pada ginjal yang normal, hal ini dapat dilakukan dengan mudah. Pada ginjal yang mengalami peradangan, kapsula renis mungkin akan melekat erat dan sukar dilepaskan. Setelah kapsula renis dilepaskan, lakukan terlebih dahulu pemeriksaan terhadap permukaan ginjal. Adakah kelainan berupa resapan darah, luka-luka ataupun kista-kista retensi. Pada penampang ginjal, perhatikan gambaran korteks dan medulla ginjal. Juga perhatikan pelvis renis akan kemungkinan terdapatnya batu ginjal, tanda peradangan, nanah dan sebagainya. Ureter dibuka dengan meneruskan pembukaan pada pelvis renis, terus sampai mencapai vesika urinaria. Perhatikan kemungkinan terdapatnya batu, ukuran penampang, isi saluran serta keadaan mukosa. Kandung kencing dibuka dengan jalan menggunting dinding depannya mengikuti bentuk huruf T. Perhatikan isi serta selaput lendirnya.

15. Hati dan kandung empedu

Pemeriksaan dilakukan terhadap permukaan hati, yang pada keadaan biasa menunjukkan permukaan yang rata dan licin, berwarna merah-coklat. Kadang-kadang pada permukaan hati dapat ditemukan kelainan berupa jaringan ikat, kista-kista kecil, permukaan yang berbenjol-benjol bahkan abses. Pada perabaan, hati normal memberikan perabaan yang kenyal. Tepi hati biasanya tajam. Untuk memeriksa penampang hati, buatlah 2 atau 3 irisan yang melintang pada punggung hati sehingga dapat terlihat sekaligus baik bagian kanan maupun

kiri. Hati yang normal menunjukkan penampang yang jelas gambaran hatinya. Pada hati yang telah lama mengalami perbendungan, dapat ditemukan gambaran hati pala. Kandung empedu diperiksa ukurannya serta diraba akan kemungkinan terdapatnya batu empedu. Untuk mengetahui ada tidaknya sumbatan pada saluran empedu, dapat dilakukan pemeriksaan dengan jalan menekan kandung empedu ini sambil memperhatikan muaranya pada duodenum (ampulla Vateri). Bila tampak cairan coklat-hijau keluar dari muara tersebut, ini menandakan saluran empedu tidak tersumbat. Kandung empedu kemudian dengan gunting untuk memperlihatkan selaput lendirnya yang seperti beludru berwarna hijau-kuning.

16. Limpa dan kelenjar-kelenjar limfe.

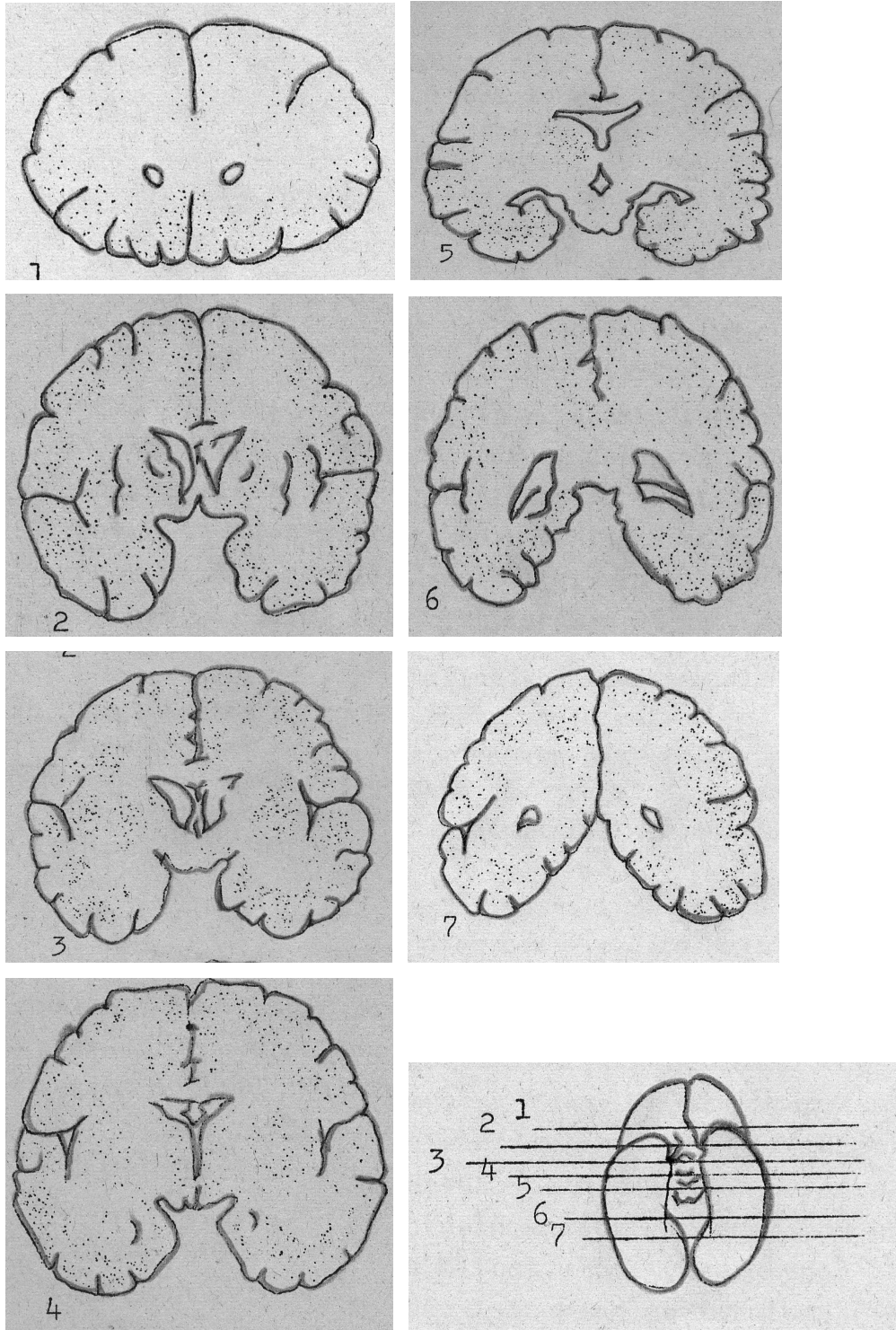
Limpa dilepaskan dari sekitarnya. Limpa yang normal menunjukkan permukaan yang berkeriput, berwarna ungu dengan perabaan lunak kenyal. Buatlah irisan penampang limpa. Limpa normal mempunyai gambaran limpa yang jelas, berwarna coklat-merah dan bila digigit dengan punggung pisau akan ikut jaringan penampang limpa. Jangan lupa mencatat ukuran dan berat limpa. Catat pula bila ditemukan kelenjar-kelenjar limfe regional yang membesar.

17. Lambung dan usus-usus.

Lambung dibuka dengan gunting pada kurvatura mayor. Perhatikan isi lambung dan simpan dalam botol atau kantong plastik bersih bila isi lambung ini diperlukan untuk pemeriksaan toksikologi. Selaput lendir lambung diperiksa terhadap kemungkinan adanya erosi, ulserasi maupun perdarahan/resapan darah. Usus-usus diperiksa akan kemungkinan terdapat darah dalam lumennya serta kemungkinan terdapatnya kelainan-kelainan bersifat ulseratik, polip dan lain-lain.

18. Kelenjar pankreas

Pertama-tama lepaskan terlebih dahulu kelenjar pankreas ini dari sekitarnya. Kelenjar pankreas normal mempunyai warna kelabu atau kekuningan, dengan permukaan yang berbelah-belah dan perabaan yang kenyal. Perhatikan ukuran serta beratnya.



Gambar 13. Irisan pada otak besar sebaiknya dibuat melalui bidang-bidang no 1 – 7. Gambar ini dapat dipergunakan untuk mencatat kelainan-kelainan yang ditentukan pada tiap-tiap irisan.

19. Otak Besar, Otak kecil dan Batang Otak

Perhatikan permukaan luar dari otak dan catat kelainan-kelainan yang ditemukan. Adakah perdarahan subdural, perdarahan sub akhranoid, kontusio jaringan otak atau kadang-kadang bahkan sampai terjadi laserasi. Pada edema serebri, girus otak akan tampak mendatar dan ulkus tampak menyempit. Perhatikan pula akan kemungkinan akan terdapatnya tanda penekanan yang menyebabkan sebagian permukaan otak menjadi datar. Pada daerah ventral otak, perhatikan keadaan sirkulus Willisii. Nilai keadaan pembuluh darah pada sirkulus, adakah penebalan dinding akibat kelainan ateroma, adakah penipisan dinding akibat aneurisma, adakah perdarahan. Bila terdapat perdarahan profus, usahakan agar dapat ditemukan sumber perdarahan tersebut. Perhatikan pula bentuk serebelum. Pada keadaan peningkatan tekanan intrakranial akibat edema serebri misalnya, dapat terjadi herniasi serebelum ke arah foramen magnum sehingga bagian depan bawah serebelum tampak menonjol. Pisahkan otak kecil dari otak besar dengan melakukan pemotongan pada pedun kulus serebri kanan dan kiri. Otak kecil ini kemudian dipisahkan juga dari batang otak dengan melakukan pemotongan pada pedun kulus serebeli kanan dan kiri. Otak besar diletakkan dengan bagian ventral menghadap pemeriksa. Lakukan pemotongan otak besar secara koronal/melintang. Tempat pemotongan haruslah sedemikian rupa agar struktur penting dalam otak besar dapat diperiksa dengan teliti. Kelainan-kelainan yang dapat ditemukan pada penampang otak besar antara lain adalah : perdarahan pada korteks akibat kontusio serebri, perdarahan berbintik pada substansi putih akibat emboli, keracunan barbiturate serta keadaan-keadaan lain yang menimbulkan hipoksi jaringan otak. Infark jaringan otak, baik yang bilateral maupun unilateral akibat gangguan perdarahan oleh arteri, abses otak serta terjadinya perdarahan intra serebral akibat pecahnya a. lentikulostriata pada daerah kapsula interna. Otak kecil diperiksa penampangnya dengan membuat suatu irisan melintang. Catatlah kelainan-kelainan perdarahan, perlunakan dan sebagainya yang mungkin ditemukan. Batang otak diiris melintang mulai pada daerah pons, medulla oblongata sampai ke bagian proksimal medulla spinalis.

Perhatikan kemungkinan terdapatnya perdarahan. Adanya perdarahan di daerah batang otak ini biasanya mematikan.

20. Alat-alat kelamin dalam.

Pada mayat laki-laki

Testis dapat dikeluarkan dari scrotum melalui rongga perut. Jadi tidak dibuat irisan baru pada scrotum. Perhatikan ukuran, konsistensi serta kemungkinan terdapatnya resapan darah dan lain-lain. Perhatikan pula bentuk dan ukuran dari epididimis. Kelenjar prostat diperhatikan ukuran serta konsistensinya.

Pada mayat wanita

Perhatikan bentuk ukuran dari kedua indung telur, saluran telur, dan uterus sendiri. Pada uterus perhatikan pula kemungkinan terdapatnya perdarahan, resapan darah ataupun luka-luka akibat tindakan abortus profokatus. Uterus dibuka dengan membuat irisan berbentuk huruf T pada dinding depannya, melalui saluran serviks serta muara kedua saluran telur pada fundus uteri. Perhatikan keadaan selaput lendir uterus tebal dinding, isi rongga rahim serta kemungkinan terdapatnya kelainan lain.

21. Timbang dan catat berat masing-masing alat/organ.

Sebelum mengembalikan organ-organ (yang telah diperiksa secara makroskopik) kembali ke dalam tubuh mayat, pertimbangkan terlebih dahulu kemungkinan diperlukannya potongan jaringan guna pemeriksaan histopatologi atau diperlukannya organ-organ guna pemeriksaan toksikologi. Pengambilan potongan jaringan untuk pemeriksaan histopatologi dilakukan dengan membuat potongan-potongan kecil dengan tebal maksimal 5 milimeter. Potongan yang terlampau tebal akan mengakibatkan cairan fiksasi tidak dapat masuk ke dalam potongan tersebut dengan sempurna. Usahakan mengambil bagian organ di daerah perbatasan antara bagian yang normal dan yang mengalami kelainan. Jumlah potongan yang diambil setiap organ agar disesuaikan dengan kebutuhan pada masing-masing kasus. Potongan-potongan ini kemudian dimasukkan ke dalam botol-botol yang berisi cairan fiksasi yang dapat merupakan larutan formalin 10% (sama dengan larutan formaldehida 4%) atau alkohol 70 % – 80% dengan jumlah cairan fiksasi sekitar 20 - 30 kali volume potongan jaringan yang

diambil. Jumlah organ yang perlu diambil untuk pemeriksaan toksikologi disesuaikan dengan kasus yang dihadapi serta ketentuan laboratorium pemeriksaan sedapat mungkin setiap jenis organ ditaruh dalam botol tersendiri. Bila diperlukan pengawetan, agar digunakan alkohol 90 %. Pada pengiriman bahan-bahan untuk pemeriksaan toksikologi, contoh bahan pengawet agar juga turut dikirimkan di samping keterangan-keterangan klinik dan autopsi atas kasus tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

1. Agus Purwadianto dkk, 1981, Teknik Autopsi Forensik, Bagian IKK FK UI Jakarta, cetakan I.
2. Baker, R.D., 1967, Post Mortem Examination, Specific Methods and Procedures, W.B Saunders Company, Philadelphia & London

VISUM ET REPERTUM DAN *DEATH CERTIFICATION*

Budiyanto*, Djoko Mulyono*

Tujuan Instruksional Umum :

1. Mengetahui bermacam-macam Visum et Repertum serta cara membuatnya.
2. Mengetahui cara pembuatan laporan *visum et repertum*.

Tujuan Instruksional Khusus :

1. Menjelaskan apa yang dimaksud dengan Visum et Repertum
2. Menjelaskan macam dan bagian Visum et Repertum
3. Menjelaskan tujuan dan nilai hukum sesuatu Visum et Repertum.
4. Mahasiswa dapat menarik kesimpulan atas hasil pemeriksaan bedah jenazah.
5. Mahasiswa dapat membuat laporan *visum et repertum*.

PENDAHULUAN

Definisi Visum Et Repertum :

Visum Et Repertum adalah laporan tertulis yg dibuat oleh dokter berdasarkan sumpah jabatan mengenai apa yg dilihat/ diperiksa saat ini, berdasarkan keilmuan, atas permintaan tertulis dari pihak yang berwajib, untuk kepentingan peradilan.

A. PASAL 184 KUHAP DAN PERANAN AHLI

Semenjak berlakunya Kitab Undang-Undang Hukum Acara Pidana, disingkat dengan KUHAP (Undang-Undang No. 8 Th 1981. LN Th 1981 No. 76, TLN. No. 3209) yang mencabut Th 1951 (LN Th 1951 No. 9) jo ketentuan Hukum Acara Pidana dan Peraturan perundang-undangan lain, maka ketentuan perihal macam-macam alat bukti yang sah tentang "**Pembuktian**" dalam proses pemeriksaan di sidang Pengadilan menjadi lebih lengkap. Yaitu dengan dimasukkannya secara tegas alat bukti "**keterangan ahli**" di dalam pasal 184 ayat (1) huruf b KUHAP.

Pasal 184 KUHP, menyebutkan :

(1) Alat bukti yang sah ialah :

- a. Keterangan saksi;
- b. Keterangan ahli;
- c. Surat;
- d. Petunjuk;
- e. Keterangan terdakwa;

(2) Hal yang secara hukum sudah diketahui tidak perlu dibuktikan.

Dasar-dasar hukum tentang peranan keterangan ahli (pakar) itu bagi kelengkapan alat bukti dalam berkas perkara Pro Yustisia dan pemeriksaan di sidang pengadilan, amat membantu dalam usaha untuk menambah keyakinan hakim dalam hal mengambil keputusan.

Apabila ditinjau dari Hukum Acara Pidana sekarang, maka peranan keterangan ahli diperlukan di dalam setiap tahap proses pemeriksaan. Hal itu tergantung pada perlu tidaknya mereka dilibatkan guna membantu tugas-tugas baik dari penyidik, jaksa maupun hakim terhadap suatu perkara pidana, seperti yang banyak terjadi dalam perkara tindak pidana pembunuhan, penganiayaan, kesusilaan dan lain-lain.

Dikatakan bahwa keterangan orang ahli amat diperlukan dalam setiap tahapan pemeriksaan, oleh karena ia diperlukan baik dalam tahap penyidikan, tahap penuntutan maupun tahap pemeriksaan di sidang pengadilan. Jaminan akurasi dari hasil-hasil pemeriksaan atas keterangan orang ahli atau para ahli yang didasari pengetahuan dan pengalamannya dalam bidang-bidang keilmuannya, akan dapat menambah data, fakta dan pendapatnya, yang dapat ditarik oleh hakim dalam menimbang-nimbang berdasarkan pertimbangan hukumnya, atas keterangan ahli itu dalam memutus perkara yang bersangkutan.

Dalam kaitannya dengan peranan para ahli atau dokter ahli kedokteran kehakiman ataupun para dokter ahli lainnya yang turut terlibat guna membantu mengungkapkan, menjelaskan atau menjernihkan suatu kasus perkara pidana, maka kepada para penegak hukum yaitu polisi, jaksa, hakim dan penasehat hukum dituntut untuk lebih meningkatkan pengetahuannya selain di bidang

Hukum Acara Pidana dan Hukum Pidana juga ilmu pengetahuan lainnya antara lain Kriminologi, Psikologi Forensik, Kedokteran Forensik, Antropologi Budaya, Ilmu Kimia Forensik, Fisika Forensik dan lain-lain.

Para ahli tersebut di dalam membantu turut serta dalam penanganan penyidikan suatu tindak kejahatan guna memecahkan masalah itu agar lebih tuntas dan akurat hasilnya, maka ilmu Kedokteran Kehakiman Modern dengan ditunjang oleh sarana teknis laboratorium kriminalistik/ laboratorium forensik yang canggih akan sangat berguna bagi tugas-tugas polisi, jaksa dan hakim dalam menangani masalah kejahatan itu. Apalagi seperti diketahui, bahwa penyidikan suatu kasus kejahatan tidak semata-mata tergantung kepada saksi hidup (saksi mata), akan tetapi juga pada bukti-bukti fisik yang ditemukan di tempat kejadian (TKP) yang ditinggalkan oleh si pelaku atau di tempat lain.

B. ISTILAH-ISTILAH DALAM KUHAP :

Pengertian atau rumusan sebagai dasar hukum seperti yang disebutkan didalam KUHAP dapat dipakai sebagai pegangan untuk menafsirkan istilah-istilah yang terdapat didalam pasal-pasal nya. Istilah-istilah (pengertian hukum) yang berhubungan dengan peranan ahli di dalam KUHAP secara umum serta yang berkaitan dengan aktifitas tugas dan wewenangnya serta siapa-siapa yang terlibat di dalamnya adalah terdapat dalam ketentuan umum dalam pasal 1 KUHAP sebagai berikut :

1. Penyidik adalah pejabat polisi negara Republik Indonesia atau pejabat pegawai negeri sipil tertentu yang diberi wewenang khusus oleh Undang-Undang untuk melakukan penyidikan (butir 1 jo Pasal 6 ayat 1).
2. Penyidikan adalah serangkaian tindakan penyidik dalam hal dan menurut cara yang diatur dalam undang-undang ini untuk mencari serta mengumpulkan bukti yang dengan bukti itu membuat terang tentang tindak pidana yang terjadi guna menemukan tersangkanya (butir 2).
3. Penyidik pembantu adalah pejabat kepolisian negara Republik Indonesia yang karena diberi wewenang tertentu dapat melakukan tugas penyidikan yang diatur dalam undang-undang ini (butir 3).

4. Penyidik adalah pejabat polisi negara Republik Indonesia yang diberi wewenang oleh undang-undang ini untuk melakukan penyidikan (butir 4 jo Pasal 4).
5. Penyelidikan adalah serangkaian tindakan penyidik untuk mencari dan menemukan suatu peristiwa yang diduga sebagai tindak pidana guna menentukan dapat atau tidaknya dilakukan penyidikan menurut cara yang diatur dalam undang-undang (butir 5).
6. Jaksa dan Penuntut Umum :
 - Jaksa adalah pejabat yang diberi wewenang oleh undang-undang ini untuk bertindak sebagai penuntut umum serta melaksanakan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap.
 - Penuntut umum adalah jaksa yang diberi wewenang oleh undang-undang ini untuk melakukan penuntutan dan melaksanakan penetapan hakim (butir 6 jo pasal 13).
7. Penuntutan adalah tindakan penuntut umum untuk melimpahkan perkara pidana ke pengadilan negeri yang berwenang dalam hal dan menurut cara yang diatur dalam undang-undang ini dengan permintaan supaya diperiksa dan diputus oleh hakim di sidang pengadilan (butir 7).
8. Hakim adalah pejabat peradilan negara yang diberi wewenang oleh undang-undang untuk mengadili (butir 8).
9. Mengadili adalah serangkaian tindakan hakim untuk menerima, memeriksa dan memutus perkara pidana berdasarkan atas bebas, jujur, dan tidak memihak disidang pengadilan dalam hal dan menurut cara yang diatur dalam undang-undang ini (butir 9).
10. Tersangka adalah seorang yang karena perbuatannya atau keadaannya, berdasarkan bukti permulaan patut diduga sebagai pelaku tindak pidana (butir 14).
11. Terdakwa adalah seorang tersangka yang dituntut, diperiksa dan diadili di sidang pengadilan (butir 15).

12. Saksi adalah seorang yang dapat memberikan keterangan guna kepentingan penyidikan, penuntutan, dan peradilan tentang suatu perkara pidana yang ia dengar sendiri, ia lihat sendiri dan ia alami sendiri (butir 26).
13. Saksi ahli adalah seseorang yang dapat memberikan keterangan atau mengungkapkan pendapatnya setelah menyaksikan barang bukti atau melakukan pemeriksaan, contohnya seorang dokter ahli kedokteran kehakiman setelah melakukan pemeriksaan mayat menjadi saksi ahli dengan mengemukakan pendapatnya tentang sebab kematian orang itu.
14. Keterangan saksi adalah salah satu alat bukti dalam suatu perkara pidana yang berupa keterangan saksi mengenai suatu peristiwa pidana yang ia dengar sendiri, ia lihat sendiri dan ia alami sendiri dengan menyebut alasan dari pengetahuannya itu (butir 27).
15. Keterangan ahli adalah keterangan yang diberikan oleh seorang yang memiliki keahlian khusus tentang hal yang diperlukan untuk membuat terang suatu perkara pidana tanpa melakukan pemeriksaan (butir 28). Contohnya, dokter spesialis ilmu kebidanan dan penyakit kandungan yang diminta pendapatnya tentang obat A yang dipersoalkan dapat menimbulkan abortus atau tidak.

BENTUK DAN SUSUNAN VISUM ET REPERTUM

Adapun bentuk dan susunan Visum et Repertum yang dilanjutkan oleh para tokoh dalam bidang Ilmu Kedokteran Kehakiman yaitu almarhum Prof. H. Muller, Soetomo Tjokronegoro yang sampai saat ini masih dapat diterima adalah sebagai berikut :

1. Di sudut kiri atas dicantumkan perkataan Pro Justisia, yang berarti untuk pengadilan. Dengan dicantumkannya perkataan Pro Justisia ini Visum et Repertum tidak perlu ditulis di atas kertas bermaterai, sesuai dengan Undang-Undang Materai (Zegel verordening 1921 artikel 31 II sub 27).
2. Pendahuluan yang menyebutkan :
 - a. Identitas pemohon Visum et Repertum
 - b. Identitas dokter yang memeriksa.
 - c. Tempat dilakukannya pemeriksaan.
 - d. Tanggal dan jam dilakukannya pemeriksaan.

- e. Identitas korban.
- f. Keterangan lain-lain seperti kapan dan di mana korban dirawat, kapan korban meninggal, dengan cara dan sebab kematian korban.

3. Pemberitaan.

Menyebutkan hasil pemeriksaan korban secara obyektif sepanjang apa yang dilihat dan ditemukan oleh dokter pada korban. Sebaiknya disusun dalam bahasa Indonesia yang baik, bila perlu dapat dicantumkan istilah-istilah kedokteran atau istilah asing di belakangnya. Angka harus ditulis dengan huruf. Tidak dibenarkan menulis singkatan atau diagnosis misalnya luka bacok, luka iris, luka tumbuk dan lain-lain. Sebaiknya mengikuti model pembuatan surat-surat notaris, yaitu seluruh baris dalam alinea harus diisi untuk menjaga otentitas/keaslian dan tidak dapat diubah atau ditambah oleh orang lain.

Bagian pemberitaan meliputi :

- a. Hasil pemeriksaan luar termasuk identitas korban.
- b. Hasil pemeriksaan dalam : membuka rongga tengkorak, dada dan perut serta organ dalam rongga mulut dan leher.
- c. Hasil pemeriksaan penunjang, konsultasi dengan ahli lain, pemeriksaan Pathologi Anatomi, Toksikologi, balistik, serologi, imunologi, enzymologi, *trace evidence*, anthropologi.

4. Kesimpulan :

Bagian ini menjelaskan pendapat dokter atas dasar hasil pemeriksaannya sesuai dengan pengetahuan yang sebaik-baiknya. Kesimpulan ini bersifat subyektif/ obyektif.

Pada visum jenazah ada 4 hal yang perlu diungkapkan dalam kesimpulan, masing-masing :

- a. Identitas jeazah.
- b. Kelainan yang terdapat pada tubuh korban, baik dari pemeriksaan luar maupun pemeriksaan dalam (macam luka seperti luka iris, luka tusuk).
- c. Hubungan kausal (sebab-akibat) dan kelainan yang didapati pada pemeriksaan (penyebab luka misalnya persentuhan dengan benda tajam).

d. Sebab dan saat kematian korban (kualifikasi luka).

Bila timbul keragu-raguan, dokter harus berpegang pada azas hukum "*indubio proreo*".

Penyebab kematian dibagi menjadi :

1. Mati wajar :

- a. Senilitas
- b. Penyakit yang menyebabkan kematian spontan

2. Tidak wajar :

Pasal 133 KUHP menyebutkan : korban baik luka, keracunan ataupun mati yang diduga karena peristiwa yang merupakan tindak pidana.

a. Korban luka :

- 1) Masih hidup, kualifikasi luka
- 2) Telah meninggal, disebabkan trauma, dapat mekanis (tumpul, tajam, tembak), fisis (panas, dingin, listrik, petir), chemis (asam kuat, basa kuat).

b. Racun :

- 1) Konvensional : arsen
- 2) Modern : pestisida

c. Mati yang diduga tindak pidana :

- 1) Asphyxia : menggantung, tenggelam
- 2) Infanticide:
 - *Stillbirth* : KUHP pasal 181
 - dibunuh : KUHP pasal 341, 342
- 3) Penganiayaan : luka, trauma
- 4) Perkosaan : trauma
- 5) *Child abuse / the battered child syndrome trauma.*
- 6) Abortus : trauma
- 7) Sudden death : penyakit yang menyebabkan kematian mendadak
- 8) Pembunuhan : trauma/ racun

Dapat ditarik kesimpulan kausa kematian yang tidak wajar disebabkan oleh :

- 1) Trauma
 - 2) Racun
 - 3) Asphyxia (dengan 5 gejala utama yaitu sianosis, perdarahan petechiae, *postmortem fluidity of the blood*, *visceral congestion* dan dilatasi jantung).
5. Penutup

Pada bagian ini dicantumkan kalimat : “Demikianlah Visum et Repertum ini dibuat dengan mengingat sumpah”. Selanjutnya diakhiri dengan tanda tangan dan nama lengkap dokter.

Visum et Repertum harus dibuat sejujur-jujurnya, bila menyimpang dari ketentuan ini pembuat visum dapat dituntut sebab memberi keterangan palsu di atas sumpah, sesuai dengan pasal 242 KUHP.

YANG BERHAK MEMINTA VISUM

1. Menurut KUHAP pasal 133 : Penyidik
Menurut KUHAP pasal 6 :
 - A. Penyidik adalah :
 - a. Pejabat polisi negara RI
 - b. Pejabat Pegawai Negeri Sipil tertentu yang diberi wewenang khusus oleh Undang-Undang.
 - B. Syarat kepangkatan pejabat diatur lebih lanjut dalam PP (sekarang sekurang-kurangnya AIPDA).
2. Dalam hal di suatu sektor kepolisian tidak ada pejabat penyidik sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) huruf a, maka Komandan Sektor Kepolisian yang berpangkat Bintara dibawah AIPDA, karena jabatannya adalah penyidik.
3. Penyidik pembantu adalah Pejabat Polisi Negara Republik Indonesia tertentu yang sekurang-kurangnya berpangkat BRIPDA.
4. Dalam perkara perdata, hakim perdata dapat minta sendiri.
5. Dalam perkara agama, hakim agama dapat minta sendiri (Undang-Undang No. 14 Th. 1970 Pasal 10).

6. Dalam hal orang yang luka atau mayat itu seorang anggota ABRI, maka untuk meminta Visum et Repertum hendaknya menghubungi Polisi Militer setempat dari kesatuan korban (Instruksi Kapolri No. Pol : Ins/P/20/IX/75).

YANG BERHAK MELAKUKAN PEMERIKSAAN

Menurut KUHAP Pasal 133 :

- o Dokter Ahli Kedokteran Kehakiman
- o Dokter umum
- o Ahli lain misalnya ahli balistik, ahli toksikologi.

MACAM-MACAM BARANG BUKTI

1. Benda hidup (manusia)
2. Benda mati (jenazah)

Untuk kedua barang bukti di atas, dasar hukum pemeriksaan adalah KUHAP Pasal 133.

Laporan pemeriksaan berbentuk Visum et Repertum.

3. Benda, misal pisau / bagian tubuh manusia, misal darah, air mani.
Dasar hukum pemeriksaan KUHAP Pasal 120
Laporan pemeriksaan : Expertise

PERSYARATAN PERMINTAAN PEMERIKSAAN MAYAT DI LABORATORIUM KEDOKTERAN KEHAKIMAN FK UNS / RSUD DR. MOEWARDI

1. Permintaan secara tertulis oleh yang berwenang/penyidik.
2. Disebutkan jenis pemeriksaan yang diminta (misal : pemeriksaan luar, pemeriksaan dalam).
3. Dugaan sebab kematian dengan kata-kata yang mencerminkan peristiwa pidana (misal : korban meninggal karena luka tusuk di perut).
4. Mayat diberi label, dilak dan cap jabatan.
5. Persetujuan keluarga korban.
6. Surat permintaan dikirim bersama mayat.

MACAM-MACAM VISUM ET REPERTUM

- A. Ditinjau dari segi barang bukti :
 - a. Visum et Repertum untuk benda hidup
 - b. Visum et Repertum untuk benda mati.
- B. Ditinjau dari segi Visum :
 - a. Visum et Repertum sementara
 - b. Visum et Repertum lanjutan
 - c. Visum et Repertum definitif

VISUM ET REPERTUM SEMENTARA

Dibuat untuk korban hidup di mana kualifikasi luka belum dapat ditentukan dan dibuat pada waktu korban datang.

Ciri :

1. Pada kop tertulis "Visum et Repertum Sementara"
2. Kesimpulan : hanya dapat ditulis jenis luka dan jenis kekerasan
3. Pada bagian Penutup tertulis : "Demikianlah Visum et Repertum Sementara ini dibuat dengan mengingat sumpah pada waktu menerima jabatan".
4. Hanya berlaku 20 hari
5. Hanya dibuat satu kali

Guna :

1. Menentukan ada tidaknya tindak pidana
2. Mengarahkan penyidikan
3. Menentukan penahanan sementara (bagi polisi)
4. Menentukan tuntutan (bagi jaksa)
5. Data dasar tindak lanjut terapi penyakitnya (bagi dokter)

Kesimpulan Visum et Repertum Sementara terdiri atas 3 kriteria :

1. Macam luka.
2. Penyebab terjadinya luka.
3. Memerlukan perawatan atau tidak.

Contoh Visum et Repertum sementara pada kasus penganiayaan

Terdapat luka di korban akibat kekerasan

Korban tersebut setuju / menolak perawatan

Perawatan / pengobatan lanjutan dilakukan di Poliklinik / Puskesmas / RS

Bagian dengan registrasi No..... (oleh dokter.....)

Visum et Repertum lanjutan akan dibuat setelah perawatan / pengobatan lanjutan selesai oleh dokter yang merawat korban.

VISUM ET REPERTUM LANJUTAN

Dibuat jika si korban telah selesai dirawat.

Ciri :

1. Pada kop tertulis : Visum et Repertum lanjutan
2. Kesimpulan : selain jenis luka dan jenis kekerasan juga dapat ditentukan derajat penyakit / lukanya.
3. Pada bagian Penutup tertulis : "Demikianlah Visum et Repertum Lanjutan dibuat dengan mengingat sumpah pada waktu menerima jabatan".
4. Hanya berlaku untuk waktu 20 hari.
5. Bisa dibuat lebih dari 1 buah.

Guna : sama dengan Visum et Repertum sementara.

Contoh Visum Et Repertum Lanjutan pada kasus penganiayaan

Kesimpulan : Terdapat luka di korban akibat yang sesuai dengan Visum et Repertum Sementara No ternyata telah memerlukan perawatan / pengobatan lanjutan korban selama hari / bulan.

Korban tidak dapat menjalankan tugas jabatan / mata pencaharian sebagai (menurut Polisi/korban sendiri) selama hari/bulan.

VISUM ET REPERTUM DEFINITIF

Mencakup Visum et Repertum seketika/ langsung (diberikan pada luka ringan atau Visum et Repertum jenazah) dan pada Visum et Repertum Lanjutan yang paling akhir (luka sedang atau berat).

Ciri :

1. Pada kop tertulis : Visum et Repertum Definitif
2. Kesimpulan memuat :
 - Sebab kematian
 - Mekanisme kematian
 - Perkiraan saat kematian
3. Demikianlah Visum et Repertum definitif dibuat dengan mengingat sumpah pada waktu menerima jabatan.
4. Berlaku seterusnya sampai ke pengadilan.

Contoh Visum et Repertum Definitif (Jenazah) pada kecelakaan lalu lintas

Kesimpulan : Matinya orang ini akibat perdarahan dalam rongga dada karena kekerasan tumpul pada dada.

Perkiraan saat kematian adalah antara jam tanggal..... sampai jam tanggal

Contoh kesimpulan Visum et Repertum pada kasus delik susila / pelanggaran susila

Korban wanita umur

Pada pemeriksaan didapatkan :

- Tanda kekerasan ditemukan di
- Selaput dara tidak ada kerusakan / robek lama / baru sampai ke dasar / tidak sampai ke dasar pada jam Oleh benda tumpul sebesar alat kelamin pria dalam keadaan tegang.
- Sperma (air mani) didapat / tidak didapat pada pemeriksaan usap vagina (liang senggama).

Contoh kesimpulan Visum et Repertum pada kasus infanticide (pembunuhan bayi)

Bayi orok perempuan / laki – laki, tidak cukup / cukup bulan, lahir hidup / mati, tidak ada / ada kelainan bawaan yang fatal, tidak ada / ada tanda – tanda kekerasan..... , tidak ada / ada tanda – tanda perawatan
Sebab kematian adalah

Surat Kematian Wajar

Yang bertanda tangan di bawah ini dokter menerangkan bahwa pada hari ini tanggal jam telah memeriksa korban :

Nama :

Umur :

Alamat :

Telah meninggal karena sakit

Harap yang berkepentingan maklum.

Surat Kematian Tidak Wajar

Korban mati lemas karena sumbatan jalan nafas bagian atas akibat jeratan pada leher.

Perkiraan saat kematian antara jam tanggal sampai jam tanggal

DAFTAR KEPUSTAKAAN

1. Abdul Mun'im Idries dkk.,: ILMU KEDOKTERAN KEHAKIMAN, Lembaga Kriminologi Universitas Indonesia, Jakarta, 1979.
2. Agus Purwadianto dkk., : KRISTAL-KRISTAL ILMU KEDOKTERAN FORENSIK, Bagian Ilmu Kedokteran Forensik Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta, 1981.

3. Handoko Tjondroputranto, Dr.; PERANAN DAN DUKUNGAN ILMU KEDOKTERAN FORENSIK DALAM PENUNTUTAN, (HUKUM DAN KEADILAN) No. 14 TH. Ke VIII, Jakarta, Juli – Agustus 1980.
4. Handoko Tjondroputranto, Dr.; LMU KEDOKTERAN FORENSIK DAN KITAB UNDANG - UNDANG HUKUM ACARA PIDANA (UNDANG - UNDANG NOMOR 8 TAHUN 1981). - Jakarta : Departemen Kesehatan, 1982.
5. Keith Simpson : FORENSIK MEDICINE, Eight Edition, The English Language Book Society and Edward Arnold (Publishers) Ltd, 1979.

PENULISAN RESEP

Kisrini¹, Soetarno², Endang Ediningsih³, Suyatmi⁴

TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah mempelajari topik keterampilan Penulisan Resep ini, mahasiswa diharapkan mampu :

1. Menulis resep untuk bermacam-macam bentuk sediaan obat (bentuk ramuan maupun yang paten).
2. Menggunakan bahasa Latin dalam menuliskan resep.
3. Memilih obat berdasarkan diagnosis penyakit.
4. Menghitung dosis dan menuliskannya ke dalam resep.
5. Menentukan cara penggunaan obat.
6. Menulis resep obat secara rasional.
7. Menulis resep alat kesehatan.

^{1,2} *Bagian Farmasi Fakultas Kedokteran Sebelas Maret Surakarta*

³ *Bagian Farmakologi Fakultas Kedokteran Sebelas Maret Surakarta*

⁴ *Bagian Histologi Fakultas Kedokteran Sebelas Maret Surakarta*

I. PENGERTIAN UMUM MENGENAI RESEP

Pemberian terapi dengan obat oleh dokter secara tidak langsung akan ditulis dalam selembar kertas yang disebut sebagai lembar resep atau blangko resep. Resep dalam arti yang sempit adalah permintaan tertulis dari dokter, dokter gigi, dokter hewan kepada apoteker untuk membuatkan obat dalam bentuk sediaan tertentu dan menyerahkannya kepada pasien. Kenyataannya resep merupakan perwujudan akhir dari kompetensi pengetahuan dan keahlian dokter dalam menerapkan pengetahuannya dalam bidang farmakologi dan terapi.

Resep dituliskan dalam kertas resep dengan ukuran yang ideal yaitu lebar 10-12 cm dan panjang 15-18 cm. Resep harus ditulis dengan lengkap sesuai dengan PerMenKes no. 26/MenKes/Per/I/81 Bab III tentang Resep dan KepMenKes No. 28/MenKes/SK/U/98 Bab II tentang RESEP, agar dapat dibuatkan/ diambilkan obatnya di apotik.

Dalam resep yang lengkap harus tertulis :

1. Identitas dokter : nama, nomor SIP (Surat Ijin Praktek), alamat praktek/ alamat rumah dan nomor telpon dokter
2. Nama kota dan tanggal dibuatnya resep
3. Ditulis simbol **R/** (= *recipe* = harap diambil), diberi istilah *superscriptio*. Ada hipotesis R/ berasal dari tanda Yupiter (dewa mitologi Yunani). Hipotesis lain R/ berasal dari tanda Ra = mata keramat dari dewa Matahari Mesir kuno.
4. Nama obat serta jumlah atau dosis, diberi istilah *inscriptio*.
Merupakan inti resep dokter. Nama obat ditulis nama generik atau nama dagang (*brandname*) dan dosis ditulis dengan satuan microgram, miligram, gram, mililiter, %.
5. Bentuk sediaan obat yang dikehendaki, diberi istilah *subscriptio*.
6. *Signatura* , disingkat S, umumnya ditulis aturan pakai dengan bahasa Latin.
7. Diberi tanda penutup dengan garis, ditulis paraf.
8. Pro : nama penderita. Apabila penderita anak, harus dituliskan umur atau berat badan agar apoteker dapat mengecek apakah dosisnya sudah sesuai.

CATATAN :

Pada saat menulis resep :

1. Hindari penulisan nama kimia, tulis nama latin atau generiknya.
2. Apabila dalam satu lembar resep terdiri lebih dari satu R/, maka : tiap R/ dilengkapi dengan *signa* (S), dan tiap R/ diparaf atau ditandatangani dokter penulisnya.
3. Dokter yang bijaksana akan memperhatikan keadaan sosio-ekonomi pasien, maka pemilihan obat dapat ke obat generik atau obat *brand-name*.

Contoh resep :

Resep obat jadi dengan nama generik

R/ Simvastatin tablet mg 10 no. XXX
S 1 dd tab I hora somni

----- paraf

Pro : Tn Bambang (50 th)

Resep obat jadi dengan *brand-name*

R/ Cendoxytrol guttae ophthalmic fl no. I
S 4 dd gtt II oc. dex. et sin.

----- paraf

Pro : Ibu Yuli (30 th)

Resep obat ramuan/racikan

R/ Aminopyillin mg 100
Salbutamol mg 1
Glyceril guaicolas mg 50
Mfla pulv dtd no XV da in cap
S 3 dd cap I

----- paraf

Pro : Tn. Adi (27 th)

II. BENTUK SEDIAAN OBAT (BSO)

Bentuk Sediaan Obat diperlukan agar mudah pengaturan dosisnya, stabil, tidak mudah rusak, mudah digunakan (bau dan rasa dapat ditutupi), praktis dan dapat menghasilkan efek yang optimal. Berdasarkan konsistensinya BSO dapat dibagi menjadi BSO padat (serbuk, kapsul, tablet), semi padat (salep, krim, jelly), cair (*solutio*, sirup, suspensi, emulsi).

Setiap BSO mempunyai maksud dan tujuan yang berbeda-beda sehingga perlu difahami spesifikasi dari suatu BSO.

A. BSO Padat

1. *Pulvis* (serbuk tidak terbagi) dan *Pulveres* (serbuk terbagi).

Biasanya berupa campuran obat yang halus, kering dan homogen. Bau dan rasa obat tidak dapat ditutupi.

2. Granul

Berupa gumpalan kecil yang terdiri dari obat dan bahan tambahan. Lebih stabil dari serbuk. Digunakan dengan cara dicampur atau dilarutkan dengan air.

3. Kapsul

BSO yang berupa cangkang terbuat dari gelatin, sehingga lebih mudah ditelan. Kapsul mempunyai berbagai macam ukuran. Ada 2 macam kapsul yaitu kapsul gelatin keras (dapat dibuka dan ditutup), berisi serbuk atau granul dan kapsul gelatin lunak berisi bahan cair seperti minyak.

4. Tablet

BSO yang dibuat dengan cara dicetak, terdiri dari bahan obat dengan beberapa bahan tambahan seperti bahan pengisi, pengembang, perekat, pelicin, dan penghancur. Ada bermacam-macam jenis tablet.

- a. Tablet

Mempunyai macam-macam bentuk dan ukuran, ada yang berlapis dan digunakan dengan cara ditelan.

- b. Tablet salut gula = *dragee*

Diberi salut gula, memberikan penampilan yang menarik, digunakan dengan cara ditelan.

c. Tablet salut selaput/salut film

Diberi salut tipis dari polimer, pecahnya tablet di lambung bagian bawah, untuk menghindari iritasi dan digunakan dengan cara ditelan.

d. Tablet salut enterik

Disalut dengan lapisan yang tidak pecah oleh asam lambung sehingga pecahnya tablet di usus, absorpsi obat di usus. Dapat menghindari iritasi lambung dan digunakan dengan cara ditelan.

e. Tablet sublingual

Tablet yang disisipkan di bawah lidah dan diabsorpsi mukosa mulut sehingga memberikan respon terapi yang cepat.

f. Tablet kunyah = *chewable*

Tablet yang harus dikunyah dulu, agar efek lokal di lambung cepat. Rasanya enak sehingga cocok untuk anak-anak.

g. Tablet hisap = *lozenges* = *troches*

Tablet yang dihisap di mulut untuk pengobatan lokal pada rongga mulut.

h. Tablet sisip/ tablet vagina

Tablet yang disisipkan di vaginal untuk pengobatan lokal.

i. Tablet *effervescent*

Tablet yang dapat menghasilkan gas atau berbuih agar rasanya segar, digunakan dengan cara dilarutkan air, kemudian diminum.

j. Tablet atau kapsul pelepasan terkendali = lepas lambat

Dirancang dapat melepaskan obat perlahan-lahan sehingga kerja obat diperpanjang. Tablet lepas lambat dapat mengurangi frekuensi pemberian obat dan kepatuhan pasien meningkat.

Istilah yang digunakan *retard*, *controlled-release*, *prolonged-release*, *prolonged-action*, *time-release*, *extended-release*, *slow-release*, *delayed-release*, *timespan*, *MR (Modification –Release)*.

5. Sediaan padat yang dimasukkan ke dalam lubang tubuh. BSO ini akan melunak, melarut karena pengaruh suhu tubuh. BSO ini digunakan untuk pengobatan lokal maupun sistemik.
 - a. Supositoria (rektal)
 - b. Ovula = supositoria vaginal

B. BSO Semi solid

Digunakan dengan cara dioleskan pada kulit untuk pengobatan topikal, karena obat dapat meresap ke dalam kulit. Perkembangan teknologi membuat bahan kimia sebagai bahan tambahan yang dapat meresapkan obat sampai ke sirkulasi darah/sistemik dikenal sebagai sistem transdermal.

1. Salep = *unguenta* = *oinment*

Digunakan dengan cara dioleskan pada kulit. Salep untuk mata diberi nama *occulenta* dan BSO ini harus steril. Ada berbagai macam jenis bahan pembawa salep.

2. Krim

Mudah menyebar di kulit, memberikan absorpsi obat yang baik. Sediaan ini disukai pasien dan dokter karena mudah dibersihkan dan memberi rasa dingin.

3. Jel = Gel = Jelly

Sediaan semi solid yang jernih, terbuat dari bahan pengental dan air sehingga rasanya dingin dan apabila kering meninggalkan selaput tipis.

C. BSO Cair

Sediaan cair dapat berupa larutan atau suspensi. Sediaan cair untuk oral dapat sebagai larutan/*solutio*, sirup, eliksir, suspensi, emulsi. Diminum dengan menggunakan sendok teh (5 ml) atau sendok makan (15 ml). Sediaan cair untuk bayi dikenal sebagai sediaan *oral-drops* atau tetes dengan menggunakan alat penetes/ pipet. Sediaan cair untuk obat luar atau topikal dikenal sebagai *lotio*, *solutio*, kompres (*epithema*).

Macam-macam BSO cair :

1. Solutio

Larutan yang mengandung bahan obat terlarut. Apabila digunakan untuk topikal dapat disebut sebagai *lotio* atau *lotion*.

2. Sirup

BSO cair yang diminum mengandung pemanis, secara fisik dapat berupa larutan atau suspensi. Sering digunakan untuk anak-anak.

Sirup kering

Dikemas sebagai granul, saat akan digunakan ditambah air atau pembawa yang cocok sehingga berbentuk sirup atau suspensi. Untuk bahan yang kurang stabil dalam air, misalnya antibiotika.

3. Eliksir

Larutan obat dalam air yang mengandung gula dan alkohol 6 – 19 %. Fungsi alkohol untuk membantu kelarutan obat dan memberi rasa segar.

4. *Guttae* (tetes)

BSO cair yang cara penggunaannya dengan cara diteteskan menggunakan pipet biasa atau pipet volume.

Ada beberapa *guttae* : *guttae ophthalmic* (tetes mata), *Guttae auric* (tetes telinga), *guttae nasales* (Tetes hidung), *guttae orales (drops)*

5. *Clyisma*

BSO cair digunakan dengan cara dimasukkan ke rektal.

6. *Potio* = obat minum, tidak memperhatikan rasa.

7. *Litus oris* = tutul mulut

D. BSO parenteral

BSO yang steril, bebas pirogen dan cara pemberiannya dengan disuntikkan. Apabila volumenya besar disebut infus dan apabila volumenya kecil disebut injeksi.

E. BSO *spray*, inhalasi, aerosol.

a. *Spray*

Larutan dengan tetesan kasar atau zat padat terbagi yang halus digunakan dengan cara disemprotkan pada topikal, hidung, faring atau kulit.

b. Inhalasi

Obat diberikan lewat nasal atau mulut dengan cara dihirup, untuk pengobatan pada bronchus atau pengobatan sistemik lewat paru. Aksinya cepat karena tidak melewati lintas utama di hepar.

c. Aerosol

Produk farmasetik dalam wadah yang diberi tekanan. Cara penggunaan dengan menekan tutup botol yang diberi pengatur dosis. Obat yang disemprotkan berbentuk kabut halus.

F. BSO produk biologi

Sediaan yang bahan aktifnya berupa mikroorganisme hirup, berasal dari manusia atau hewan. Digunakan untuk pencegahan atau pengobatan penyakit. Contohnya macam-macam vaksin, antisera dan imunoglobulin.

G. BSO *advanced technology*

BSO yang dimodifikasi sedemikian rupa sehingga untuk pelepasan tablet tidak diperlukan air. Ada sistem penghantaran obat yang baru dengan fase IIliberasi obat sangat cepat, konsentrasi puncak kadar obat dalam plasma cepat, sehingga diperoleh respon obat yang dikehendaki. Contohnya : BSO *Fast-dissolving, orodisperse (oros), fast-melting*.

III. BAHASA LATIN DALAM RESEP

Bahasa Latin digunakan dalam resep untuk memenuhi ketentuan –ketentuan mengenai pembuatan bentuk sediaan obat termasuk petunjuk-petunjuk aturan pemakaian obat yang pada umumnya ditulis berupa singkatan.

Beberapa alasan penggunaan bahasa latin :

1. Bahasa Latin adalah bahasa yang mati, tidak digunakan dalam percakapan, sehingga tidak muncul kosakata baru.
2. Bahasa Latin adalah bahasa internasional dalam profesi kedokteran dan kefarmasian.
3. Tidak terjadi dualisme arti dalam penulisan resep.
4. Faktor psikologis, ada baiknya penderita tidak perlu tahu apa yang ditulis dalam resep.

Daftar singkatan bahasa latin yang sering digunakan dalam resep : TERLAMPIR

IV. Dosis Obat

Dosis obat adalah takaran (jumlah) obat yang diberikan kepada penderita dalam satuan berat, atau volume atau Unit Internasional, untuk menimbulkan efek terapi, sehingga seringkali disebut dosis terapeutik atau dosis lazim. Pada dosis ini secara teori akan menimbulkan konsentrasi obat pada tempat aksi cukup untuk menghasilkan efek terapi. Faktor obat, cara pemberian obat, dan faktor penderita dapat mempengaruhi dosis obat, oleh karena itu harus diperhitungkan dalam penentuan dosis obat.

A. Dosis Obat Untuk Dewasa

Dosis obat untuk dewasa umumnya dicantumkan pada berbagai buku tentang obat, antara lain : farmakologi – klinik, farmakoterapi, dst. Seringkali hanya disebutkan parameter usia tentang dosis obat seperti Ampisilin 250 mg – 500 mg tiap 6 jam tanpa dijelaskan parameter berat badan, padahal meskipun sama-sama dewasa berat badan tidak sama. Dosis yang menggunakan parameter berat badan akan lebih menjamin tercapainya konsentrasi obat di tempat aksinya. Misal : Pirasinamid 20-35 mg/kg BB sehari, Etambutol 150 mg/kgBB perhari. Jadi, bila dibandingkan dengan umur, dosis lebih proporsional terhadap berat badan.

B. Dosis Obat Untuk Anak

Dosis untuk anak, dapat dihitung dengan membandingkan dosis dewasa berdasar umur atau berdasar BB. Ada juga perhitungan berdasar sekian mg per kgBB untuk sekali atau 24 jam.

- Perbandingan umur yang sering digunakan

Rumus Young $Da = \frac{n}{n+12} \cdot Dd$ (mg) → untuk anak > 12 tahun dan < 1 tahun hasilnya tidak memuaskan.

Rumus Dilling $Da = \frac{n}{20} \cdot Dd$ (mg)

Catatan : anak proporsional (umur dan BB)

Keterangan Da = dosis anak, Dd = dosis dewasa, n = umur dalam tahun.

- Perbandingan BB yang sering digunakan

Rumus Clark $Da = \frac{wa}{wd} \cdot Dd$ (mg)

- Wa = BB anak dalam pon

- Wd = 150 pon

- Menurut ukuran tubuh sekian mg/kg BB

Misal : Amoksisilin untuk anak < 20 kg = 20 – 40 mg/kgBB/hari. Perhitungan ini lebih baik daripada perbandingan dosis dewasa.

C. Dosis untuk geriatrik

Terjadinya penurunan fungsi berbagai organ pada geriatrik menyebabkan konsentrasi obat dalam tubuh meningkat dibanding dengan dewasa. Oleh karena itu dosis harus dikurangi proporsional peningkatan konsentrasi obat dalam tubuh.

- Geriatrik tanpa kegagalan fungsi organ eliminasi, secara kasar diturunkan dosisnya, setiap penambahan umur 10 tahun dengan 10%.

Usia 65 – 74 tahun → dewasa – 10%

Usia 75 – 84 tahun → dewasa – 20%

Usia ≥ 85 tahun → dewasa – 30%

- Adanya penurunan fungsi organ eliminasi (hati, ginjal) dosis tersebut diturunkan lagi, proporsional penurunan fungsi organ tersebut.
- Dosis obat adalah proporsional dengan Klirens obat dalam tubuh; misalnya suatu obat eliminasi utama per-renal maka dosis ulangan proporsional dengan kliren renal Cl_R , sehingga dosis dapat dihitung dengan membandingkan Klirens renal penderita dengan keadaan normal.

$$D_o^* = D_o^N \times \frac{Cl_R^N}{Cl_R^*} \quad D^* < D_o$$

* = pada penderita

N = pada keadaan normal

Obat diberikan pada interval antar dosis σ ($\sigma = t_{1/2}$ eliminasi obat) yang tetap dengan dosis ulang D_o^* (diubah) jika intervalnya yang diubah, sedangkan dosis ulang tetap :

$$\sigma^* = \sigma \times \frac{Cl_R^N}{Cl_R^*} \quad \sigma^* > \sigma$$

V. Interaksi obat

Obat di dalam tubuh dapat mengalami interaksi dengan obat lain maupun dengan makanan. Secara farmakokinetik adanya interaksi obat baik dengan obat lain maupun dengan makanan akan mempengaruhi absorpsi, distribusi, metabolisme, dan ekskresi (ADME) obat tersebut. Sedangkan interaksi farmakodinamik memungkinkan terjadinya efek additive, sinergis, potensiasi, atau antagonis dari obat yang mengalami interaksi.

Interaksi Farmakokinetik

1. Interaksi pada proses absorpsi

Interaksi dalam absorpsi di saluran cerna dapat terjadi akibat :

- a. Interaksi langsung antar partikel obat yang membentuk senyawa kompleks antar senyawa obat. Perubahan struktur molekul yang ditimbulkan mengakibatkan salah satu atau semua obat yang membentuk kompleks senyawa mengalami penurunan kecepatan absorpsi.

Contoh: interaksi tetrasiklin dengan ion Ca^{2+} , Mg^{2+} , Al^{2+} dalam antasid yang menyebabkan jumlah absorpsi keduanya turun.

b. Perubahan pH

Obat dengan sifat keasaman yang berbeda dapat menimbulkan perubahan pH ketika diberikan secara bersamaan, hal ini mempengaruhi absorpsi obat dengan kemungkinan menaikkan atau menurunkan absorpsi obat kedua.

Contoh: pemberian Antasid bersama Penisilin G dapat meningkatkan jumlah absorpsi Penisilin G.

c. Motilitas saluran cerna

Pemberian obat-obat yang dapat mempengaruhi motilitas saluran cerna dapat mempengaruhi absorpsi obat lain yang diminum bersamaan.

Contoh: antikolinergik yang diberikan bersamaan dengan Parasetamol dapat memperlambat penyerapan Parasetamol.

2. Interaksi pada proses distribusi

Di dalam darah senyawa obat berinteraksi dengan protein plasma. Senyawa yang asam akan berikatan dengan albumin dan yang basa akan berikatan dengan α_1 -glikoprotein. Jika 2 obat atau lebih diberikan maka dalam darah akan bersaing untuk berikatan dengan protein plasma, sehingga proses distribusi terganggu (terjadi peningkatan salah satu distribusi obat ke jaringan).

Contoh : pemberian Klorpropamid dengan Fenilbutazon, akan meningkatkan distribusi Klorpropamid.

3. Interaksi pada proses metabolisme

a. Hambatan metabolisme

Pemberian suatu obat bersamaan dengan obat lain yang enzim pemetabolismenya sama dapat menyebabkan gangguan metabolisme yang dapat menaikkan kadar salah satu obat dalam plasma, sehingga meningkatkan efeknya atau toksisitasnya.

Contoh: pemberian Warfarin bersamaan dengan Fenilbutazon dapat menyebabkan meningkatnya kadar Warfarin mengakibatkan terjadi pendarahan.

b. Induktor enzim

Pemberian suatu obat bersamaan dengan obat lain yang enzim pemetabolismenya sama dapat terjadi gangguan metabolisme yang dapat

menurunkan kadar obat dalam plasma, sehingga menurunkan efeknya atau toksisitasnya.

Contoh : pemberian Estradiol bersamaan dengan Rifampisin akan menyebabkan kadar Estradiol menurun sehingga efektifitas kontrasepsi oral dari Estradiol menurun.

4. Interaksi pada proses ekskresi

a. Gangguan ekskresi ginjal akibat kerusakan ginjal oleh obat.

Jika suatu obat yang ekskresinya melalui ginjal diberikan bersamaan dengan obat-obat yang dapat merusak ginjal, maka akan terjadi akumulasi obat tersebut yang dapat menimbulkan efek toksik.

Contoh: Digoksin diberikan bersamaan dengan obat yang dapat merusak ginjal (Aminoglikosida, Siklosporin) mengakibatkan kadar Digoksin naik sehingga timbul efek toksik.

b. Kompetisi untuk sekresi aktif di tubulus ginjal

Jika di tubulus ginjal terjadi kompetisi antara obat dan metabolit obat untuk sistem transport aktif yang sama dapat menyebabkan hambatan sekresi.

Contoh: jika Penisilin diberikan bersamaan dengan Probenesid maka akan menyebabkan klirens Penisilin turun, sehingga kerja Penisilin lebih panjang.

c. Perubahan pH urin

Bila terjadi perubahan pH urin maka akan menyebabkan perubahan klirens ginjal. Jika pH urin naik akan meningkatkan eliminasi obat-obat yang bersifat asam lemah, sedangkan jika pH turun akan meningkatkan eliminasi obat-obat yang bersifat basa lemah.

Contoh: pemberian Pseudoefedrin (obat basa lemah) diberikan bersamaan Ammonium klorida maka akan meningkatkan ekskresi Pseudoefedrin. Ammonium klorida akan mengasamkan urin sehingga terjadi peningkatan ionisasi Pseudoefedrin dan eliminasi Pseudoefedrin juga meningkat.

Interaksi Farmakodinamik

Interaksi farmakodinamik obat terjadi berdasarkan mekanisme aksi obat-obat yang diberikan secara bersamaan. Mekanisme aksi obat terkait dengan reseptor obat

pada target organnya. Secara farmakodinamik interaksi obat dengan obat lain dapat bersifat antagonisme atau sinergisme.

- Antagonisme obat terjadi jika aktifitas obat pertama dikurangi atau ditiadakan sama sekali oleh obat kedua yang mempunyai khasiat farmakologi yang berlawanan. Pada antagonisme kompetitif, dua obat bersaing secara reversibel untuk reseptor yang sama.
- Sinergisme adalah kerja sama antara dua obat dan dikenal dua jenis:
 - Adisi (penambahan), efek kombinasi adalah sama dengan jumlah aktifitas masing-masing obat. Contoh: kombinasi Asetosal dan Parasetamol.
 - Potensiasi (peningkatan), kedua obat saling memperkuat khasiatnya sehingga terjadi efek yang melebihi jumlah matematis dari $a + b$. Contoh : Estrogen dan Progesteron; Sulfametoksazol dan Trimetoprim.

VI. Macam-macam Rute Pemberian Obat

Pemberian obat dapat dilakukan melalui beberapa rute. Secara garis besar dikenal beberapa rute pemberian obat yaitu :

1. Oral
2. Parenteral
3. Topikal/lokal
4. Rute lain

1. Pemberian obat melalui rute oral.

Beberapa bentuk sediaan obat dapat diberikan melalui rute oral, meliputi sediaan obat yang berbentuk tablet, kaplet, kapsul, puyer, maupun sirup. Obat yang diberikan melalui jalur ini akan diabsorpsi oleh mukosa sistem gastrointestinal. Tingkat absorpsi obat dipengaruhi oleh sifat lipofilik molekul, pH dan besarnya partikel senyawa obat. Senyawa obat yang bersifat lipofilik mempunyai kemampuan untuk menembus membran sel lebih baik. Senyawa obat yang bersifat basa lemah akan bersifat lipofilik pada lingkungan yang mempunyai tingkat keasaman tinggi (pH rendah). Dengan kata lain senyawa obat yang bersifat asam lemah lebih mudah diabsorpsi di lambung yang mempunyai lingkungan dengan tingkat keasaman tinggi (pH = 2-3). Senyawa obat yang

bersifat basa lemah akan bersifat lipofilik apabila berada pada lingkungan basa. Oleh karena itu senyawa obat yang merupakan basa lemah lebih mudah melewati mukosa intestinum yang lingkungannya mempunyai pH lebih tinggi dibandingkan lambung. Obat dengan ukuran partikel lebih kecil akan diabsorpsi lebih baik dibandingkan obat dengan ukuran partikel yang lebih besar.

Setelah absorpsi obat terjadi di mukosa gastrointestinal, senyawa aktif obat yang memasuki sirkulasi enterohepatik. Melalui sirkulasi enterohepatik senyawa obat memasuki sistem portal hepatic dan sebagian akan dimetabolisme di hepar. Proses metabolisme obat di hepar sebelum senyawa obat mencapai target organnya di sebut sebagai "*hepatic first pass*". Hal ini merupakan proses eliminasi senyawa aktif sebelum obat dapat berfungsi pada targetnya. Oleh karena itu obat-obat yang mengalami metabolisme sempurna di hepar sebaiknya tidak diberaiikan melalui rute oral (enteral). Salah satu contoh obat yang dimetabolisme sempurna di hepar adalah Nitroglicerine (Isosorbid dinitrat).

2. Pemberian obat melalui rute parenteral.

Secara parenteral obat dapat diberikan melalui beberapa jalur yaitu :

- a. Injeksi subkutan
- b. Injeksi intramuskular
- c. Injeksi intravena

Rute ini memungkinkan obat mencapai target organnya lebih cepat. Selain itu tingkat ketersediaan senyawa aktif dalam sirkulasi darah lebih tinggi bila dibandingkan dengan obat yang diberikan secara enteral. Hal ini karena obat yang diberikan secara parenteral tidak mengalami "*first hepatic pass*". Sifat ini memberikan keuntungan dari aspek kecepatan terjadinya efek terapi obat. Dari aspek dosis, maka obat yang diberikan secara parenteral dosis yang dibutuhkan lebih rendah bila dibandingkan dengan dosis obat yang diberikan secara oral.

3. Pemberian obat melalui rute topikal.

Beberapa jalur pemberian obat yang termasuk rute topikal adalah :

- a. Transdermal, bentuk sediaan obat yang dapat diaplikasikan secara transdermal meliputi *cream, ointment, gel, lotion* dan *patch*.
 - b. Sublingual, beberapa jenis obat diberikan secara sublingual untuk menghindari "*first hepatic pass*". Contoh : Isosorbid dinitrat.
 - c. Intra ocular, obat tetes mata
 - d. Intra auricular, obat tetes telinga
 - e. Intranasal, obat tetes hidung
 - f. Per-rectal, sediaan suppositoria diaplikasikan secara topikal melalui rectum.
 - g. Per-vaginal, sediaan ovula diaplikasikan secara topikal melalui vagina.
 - h. Per-inhalasi, sediaan inhaler diaplikasikan secara topikal untuk mencapai target obat di saluran nafas.
4. Pemberian obat melalui rute lain.
- Beberapa obat diberikan melalui rute khusus, diantaranya melalui :
- a. Injeksi intra artikular, pemberian obat dengan cara ini dimaksudkan untuk mendapatkan konsentrasi obat yang tinggi pada daerah persendian.
 - b. Injeksi intrathecal, obat diinjeksikan pada level lumbal ke-5 agar dapat mencapai sistem saraf pusat melalui likuor serebrospinalis. Pemberian obat dengan jalur ini bertujuan untuk menghindari sawar darah otak (*blood brain barrier*) yang menjadi barrier absorpsi obat-obat tertentu.
 - c. Injeksi epidural, rute epidural biasanya dimanfaatkan pada spinal anestesi. Pada rute ini obat tidak masuk ke dalam likuor serebrospinalis, tetapi terkonsentrasi dilapisan duramater, sehingga obat tidak mencapai saraf pusat.

Dengan berkembangnya teknologi cara pemberian obat juga semakin berkembang, sehingga selain rute pemberian obat secara garis besar yang telah disebutkan di atas, banyak metode pemberian obat yang baru yang tidak disebutkan pada manual ini.

VII. Menulis Resep yang Tepat dan Rasional

Penulisan resep adalah tindakan terakhir dari dokter untuk pasiennya, yaitu setelah melakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik, menentukan diagnosis, prognosis serta terapi yang akan diberikan. Terapi untuk kausatif, simtomatik, profilaktik diwujudkan dalam bentuk resep.

Penulisan resep yang tepat dan rasional merupakan penerapan berbagai macam ilmu. Ilmu anatomi, ilmu fisiologi, ilmu patogenesis, ilmu patofisiologi, ilmu penyakit (untuk menegakkan diagnosis), ilmu farmakologi, farmakodinamik, farmakokinetika, bioavailabilitas, farmasi (untuk memilih obat dengan berbagai macam variabelnya) dan disesuaikan dengan keadaan pasien.

Farmakoterapi (terapi dengan obat) mempunyai motto :

1. 5 tepat :
 - a. Berikan **OBAT** yang tepat
 - b. Dengan **DOSIS** yang tepat
 - c. Dalam **BSO** yang tepat
 - d. Pada **WAKTU** yang tepat
 - e. Kepada **PENDERITA** yang tepat dengan semua parameter yang harus diperhitungkan.
2. **4T 1W** :
 - a. Tepat OBAT
 - b. Tepat DOSIS
 - c. Tepat BSO
 - d. Tepat PENDERITA
 - e. **W**aspada Efek Samping

Kurangnya pengetahuan tentang obat dapat menyebabkan :

1. Bertambahnya toksisitas obat yang diberikan.
2. Terjadi interaksi obat satu dengan obat lain.

3. Terjadi interaksi obat dengan makanan.
4. Tidak tercapai efektivitas obat.
5. Biaya pengobatan meningkat.

Langkah-langkah Menulis Resep

Ambil satu lembar kertas resep/blanko resep, isi tempat dan tanggal ditulisnya resep.

Penulisan resep untuk obat yang diramu/diracik :

1. Tulis huruf **R/** (*resipe*)
2. Tulis nama obat yang terpilih sesuai indikasi
3. Tulis dosis yang diperlukan, untuk anak dan geriatri dosis sudah dihitung lebih dulu.
4. Tulis permintaan untuk membuat bentuk sediaan obat : contohnya **mfla** (*misce fac lege artis*), **fla** (*fac lege artis*), **md** (*misce da*)
5. Tulis jumlah obat yang dibutuhkan sesuai dengan tujuan pemberian obat
6. Diakhiri dengan titik
7. Kalimat berikutnya, tulis **S** (*signa*)
8. Tulis apa yang diperlukan untuk menandai obat tersebut, lazimnya adalah cara penggunaan obat
9. Beri garis penutup dan paraf
10. Tulis **pro** : nama pasien, umur (terutama untuk anak)

Penulisan resep obat jadi :

1. Tulis huruf **R/**
2. Tulis nama obat yang terpilih sesuai indikasi.
3. Tulis bentuk sediaan obat sesuai dengan sifat obat, bioavailabilitas, kondisi penyakit pasien.
4. Tulis dosis yang diperlukan, untuk anak dan geriatri dosis sudah dihitung lebih dulu.
5. Tulis jumlah obat yang dibutuhkan sesuai dengan tujuan pemberian obat.
6. Diakhiri dengan titik.

7. Kalimat berikutnya, tulis **S** (signa).
8. Tulis apa yang diperlukan untuk menandai obat tersebut, lazimnya adalah cara penggunaan obat.
9. Beri garis penutup dan paraf.
10. Tulis pro : nama pasien, umur (terutama untuk anak).

VIII. Skenario dan Instrumen Penilaian

Kasus 1.

Seorang laki-laki umur 48 tahun datang ke tempat praktek dokter umum dengan keluhan utama pusing kepala yang sangat mengganggu disertai rasa kaku di leher. Pada anamnesis didapatkan bahwa pusing sudah dirasakan kurang lebih satu minggu dan semakin meningkat dalam dua hari terakhir. Tidak ada keluhan pernafasan, pencernaan maupun buang air kecil.

Hasil pemeriksaan tekanan darah : 160/90 mmHg, tanda vital yang lain dalam batas normal.

Berat badan : 70 kg, tinggi badan : 160 cm

Pada pemeriksaan fisik torak besar jantung normal, sistem respirasi tidak ada kelainan.

Pemeriksaan Laboratorium :

Gula darah sewaktu	: 110 mg/dL
Trigliserida	: 190 mg/dL
HDL	: 78 mg/dL
LDL	: 120 mg/dL
Ureum	: 38 mg/dL
Creatinin	: 1.2 mg/dL

Berdasarkan data di atas dokter membuat diagnosis: Hipertensi

Instruksi : tulislah resep obat bagi pasien tersebut di atas !

Kasus 2.

Seorang perempuan usia 30 tahun datang ke Puskesmas dengan keluhan batuk berdahak disertai bercak darah. Dari anamnesis diperoleh informasi bahwa batuk sudah

dialami kurang lebih 3 bulan. Penderita merasakan dadanya nyeri bila batuk, lemah dan nafsu makan berkurang.

Pemeriksaan tanda vital dalam batas normal. Berat badan 38 kg, tinggi badan 157 cm.

Pemeriksaan fisik toraks didapatkan ronki kasar di lapangan paru kanan atas, *wheezing* negatif. Pemeriksaan jantung dalam batas normal.

Pemeriksaan dahak BTA sewaktu, pagi, dan sewaktu (SPS) = + 3

Berdasarkan data di atas dokter mendiagnosis pasien menderita TBC paru aktif.

Instruksi : tulislah resep obat untuk terapi kasus di atas !

Kasus 3.

Seorang perempuan usia 25 tahun datang ke tempat praktek saudara dengan keluhan nyeri perut kiri atas. Rasa nyeri dirasakan sejak satu hari yang lalu. Nyeri terasa seperti tertusuk tusuk, meningkat terutama pada jam-jam makan dan tengah malam. Penderita tidak muntah maupun diare dan tidak panas. Penderita mengaku bahwa kebiasaan makannya tidak teratur.

Pemeriksaan tanda vital dalam batas normal. Berat badan = 40 kg, tinggi badan = 160 cm. Pemeriksaan fisik abdomen: hipertimpani pada daerah kwadran kiri atas, nyeri tekan epigastrial (+).

Berdasarkan data di atas dokter membuat diagnosis Gastritis akut.

Instruksi : tulislah resep obat untuk terapi kasus di atas !

Kasus 4

Seorang anak laki-laki umur 5 tahun dibawa ke Puskesmas dengan keluhan sakit perut. Sakit perut bersifat hilang timbul dalam 3 hari ini. Dari heteroanamnesis diperoleh informasi bahwa selama kurang lebih 3 bulan anak tersebut susah makan. Apabila dipaksa malah muntah. Anak juga sering mengalami sembelit. Berat badan anak dalam 3 bulan ini juga mengalami penurunan. Meskipun demikian aktivitas anak tidak berubah, dan tidak ada keluhan yang lain.

Pemeriksaan tanda vital dalam batas normal. Berat badan = 20 kg, tinggi badan : 120 cm. Pemeriksaan abdomen dalam batas normal.

Pemeriksaan parasitologi feses : telur cacing (+).

Berdasarkan data di atas dokter mendiagnosis Kecacingan.

Instruksi : tulislah resep obat untuk terapi kasus di atas !

Kasus 5.

Seorang anak perempuan usia 2 tahun dibawa ke puskesmas dengan rasa sakit di telinga sebelah kiri. Rasa sakit meningkat bila daun telinga disentuh. Pemeriksaan tanda vital suhu : 38°C, RR 20 x/menit, nadi dan tekanan darah dalam batas normal. Berat badan : 12 kg. Pemeriksaan status lokalis telinga kiri: liang telinga sempit, bengkak, kulit hiperemis dan eksudat positif.

Berdasarkan data di atas, dokter mendiagnosis Otitis Eksterna diffusa.

Instruksi : tulislah resep obat untuk terapi kasus di atas !

Kasus 6.

Seorang laki-laki umur 18 tahun datang ke tempat praktek saudara dengan keluhan gatal-gatal pada lengan sebelah kiri. Rasa gatal disertai panas timbul setelah penderita tersebut membersihkan gudang rumahnya. Bagian kulit semakin lama tampak merah dan agak melepuh seperti terbakar. Pemeriksaan status lokalis didapatkan: vesikel-vesikel eritematous yang melebar di lengan sebelah kanan.

Berdasarkan data di atas dokter menentukan diagnosis Dermatitis venenata.

Instruksi : tulislah resep obat untuk terapi kasus di atas !

Kasus 7.

Seorang anak laki-laki umur 5 tahun dibawa oleh ibunya ke tempat praktek saudara dengan keluhan batuk dan sesak nafas. Batuk sudah dialami selama 3 hari, disertai dengan panas tinggi.

Pemeriksaan tanda vital suhu : 39°C, RR : 24x/menit, tekanan darah dan nadi dalam batas normal.

Pemeriksaan fisik thorax tidak tampak retraksi sela iga, terdengar ronkhi kasar dilapangan paru, tidak terdengar *wheezing*.

Berdasarkan pemeriksaan tersebut dokter mendiagnosis bronkhitis akut.

Instruksi : tulislah resep obat untuk terapi kasus di atas !

**INSTRUMEN PENILAIAN
CEKLIS KETERAMPILAN PENULISAN RESEP**

No	KOMPONEN KOMPETENSI	Kompeten	
		Ya	Tidak
1	Menentukan obat dengan tepat sesuai diagnosis a. Menentukan obat untuk terapi simtomatis b. Menentukan obat untuk terapi kausatif		
2	Menentukan sediaan obat yang sesuai kondisi penderita (bayi dan anak, dewasa, geriatri)		
3	Menentukan dosis obat dengan tepat secara individual a. Dosis obat sesuai dengan status fungsi organ b. Dosis obat sesuai dengan status gizi		
4	Memilih cara penggunaan obat dengan tepat a. Menentukan rute pemberian obat yang tepat b. Menentukan waktu pemberian obat yang tepat c. Menentukan frekuensi pemberian obat yang tepat		
5	Menuliskan resep dengan benar a. Superscriptio b. Inscriptio c. Subscriptio d. Signatura e. Keabsahan f. Pro		

Lampiran 1: Bahasa latin yang sering digunakan dalam resep

1. aa	ana	sama banyak
2. a.c	ante coenam	sebelum makan
3. a,n,	ante noctum	malam sebelum tidur
4. ad. libit	ad libitum	secukupnya
5. u.e	usus externum	untuk obat luar
6. u.p	usus propius	untuk dipakai sendiri
7. m.i.	mihi ipsi	dipakai sendiri
8. c	cum	dengan
9. C	Cohlear	sendok makan = 15 cc
10. Cth	cohlear theae	sendok teh = 5 cc
11. Clysm	clysm	clysm, lavement
12. Collyr	collyrium	obat cuci mata
13. Comp	compositus	(obat) campuran
14. Conc.	Concent	pekat
15. D.i.d.	da in dimidio	berikan separohnya
16. D.c	durante coenam	selama makan
17. D.d	de die	kali sehari
18. 1 d.d	semel dedie	sekali sehari
19. 2 d.d	bis dedie	2 kali sehari
20. 3 d.d	ter de die	3 kalisehari
21. Dext	dexter	kanan
22. Dext . et sin.	Dexter et sinistra	kanan dan kiri
23. Emuls	emulsum	emulsi
24. Extr	extractum	ekstrak
25. F	fac	buat
26. Fla	fac lege artis	buat menurut cara semestinya
27. G	gramma	gram
28. Garg	gargarisma	obat kumur
29. Gtt	guttae	tetes
30. H	hora	jam
31. H.s	hora somni	jam sebelum tidur
32. i.m.m.	in manum medici	berikan ke tangan dokter
33. inj.	Injektio	injeksi
34. iter	iteretur	harap diulang
35. iter 2x	iteretur 2x	harap diulang dua kali
36. l	loco	penggantinya
37. lot	lotio	lotion, obat cair untuk obat luar
38. m	misce	campurlah
39. m.f.	misce fac	campur dan buatlah
40. m.f.l.a	misce fac lege artis	campur dan buatlah menurut cara sebenarnya

41. mane		pagi
42. m.et.v	mane et vespere	pagi dan sore
43. mg	miligrama	miligram
44. ne iter		jangan diulang
45. o	omni	tiap
46. o.n.	omni noctum	tiap malam
47. p.p	pro paupere	untuk si miskin
48. p.c.	post coenam	sesudah makan
49. PIM	periculum in mora	berbahaya bila ditunda
50. P.r.n	pro re nata	kalau perlu
51. S.n.s	si necesse sit	kalau perlu
52. S.o.s	si opus sit	kalau perlu
53. Pulv	pulveres	serbuk terbagi = puyer
54. Pulv.	Pulvis	serbuk
55. Puv. adspers	Pulv is adspersorius	serbuk hari tabur
56. Q.s	quantum satis	secukupnya
57. R/	recipe	ambillah
58. S	signa	tandai
59. U.c.	usus cognitus	aturan pakai diketahui
60. U.n,	usus notus	aturan pakai diketahui
61. U.e	usus externus	untuk obat luar
62. Vesp.	vespere	sore hari
63. Sine confect	sine confectionem	tanpa bungkus asli
64. Sive simile	sive simile	boleh diganti
65. D.c.f	da cum formula	berikan nama obat

Lampiran 2. Obat-obat yang harus diketahui dokter umum

Kelas terapi Nama obat	Bentuk sediaan	Dosis
1. Analgetik Asam asetil salisilat Ibuprofen Metampiron Parasetamol	Tab 100 mg, 500 mg Tab. 200 mg, 400 mg Tab 500 mg, inj 250 mg/ml Tab 500 mg, sir. 120mg/5ml	
2. Antelmintik Albendazol Mebendazol pirantel	Tab 400 mg Tab 100 mg, sir 100 mg/5ml Tab 250 mg, susp 125 mg/5ml.	
3. Antibakteri Amoksisilin Ampisilin	Tab 500 mg, sir kering 125 mg/ml Serb inj i.m/i.v. 250 mg/vial; 500 mg/vial	

Eritromisin Kloramfenikol	Kaps 250 mg; sir 200 mg/5ml Kaps 250 mg; susp 125 mg/5ml; serbuk inj 100 mg/ml	
Kotrimoksazol	Kombinasi sulfametoksazole 400mg + trimetoprim 80 mg	
Metronidazol	Tab 250 mg, 500 mg	
Tetrasiklin	Kaps 250 mg; 500 mg	
4. Antituberkulosis		
Etambutol	Tab 250 mg, 500 mg	
Isoniazid	Tab 100 mg, 300 mg	
Pirazinamid	Tab 500 mg	
Rifampisin	Tab 300 mg, 450 mg, 600 mg	
Streptomisin	Serb inj 1500 mg/vial	
5. Antidiabetes		
Glibenklamida	Tab 5 mg	
Metformin	Tab 500 mg	
Glipizid	Tab 5 mg	
Insulin intermediate	Inj 40 IU/ml, inj 100 IU/ml	
Insulin regular	Inj 40 IU/ml, 100 IU/ml	
6. Kortikosteroid		
Deksametason	Tab 0.5 mg, inj 5 mg/ml	
Hidrokortison	Serb inj 100 mg/vial	
Metil prednisolon	Tab 4 mg	
Prednison	Tab 5 mg	
7. Antihipertensi		
Atenolol	Tab 50 mg	
Hidroklortiazida	Tab 25 mg	
Kaptopril	Tab 12.5 mg, 25 mg	
Klonidin	Inj im 0.15 mg	
Nifedipin	Tab 10 mg	
Reserpin	Tab 0.25 mg, 0.1 mg	
8. Obat Kulit		
Kombinasi		
Basitrasin 500IU/g	Salep, tube 5g	
Polimiksin B 10.000IU/g		
Mikonazol	Serb 2%; krim/salep 2% tube	
Betametason	Salep 0,1% tube; krim 0,1% tube	
Hidrokortison	Krim 0,1% tube; krim 2,5% tube	
9. Obat Mata (topikal)		

<p>Amfoterisin Benzilpenisilin Gentamisin</p> <p>Hidrokortison asetat Prednisolon</p> <p>10. Obat Saluran Cerna Antasida DOEN Aluminium Hidroksida 200mg Magnesium Hidroksida 200mg Ranitidin Metoklorpropamid Dimenhidrinat Ekstrak beladon</p> <p>11. Obat Saluran Nafas Antiasma Aminofilin Salbutamol</p> <p>Antitusif Dekstrometorfan Kodein</p> <p>Ekspektoran Gliseril guaikolat Obat Batuk Hitam</p> <p>13. Obat THT Kloramfenicol karbogliserin</p>	<p>Salep mata 3% tube Salep mata 1000IU/g tube Salep mata 0,3% tube; tetes mata 0,3% btl Tts mata 1% btl Tts mata 0,5% btl; salep mata 1% tube</p> <p>Tab kunyah, suspensi</p> <p>Tab 150 mg Tab 10 mg, inj 5 mg/ml Tab 50 mg Tab 10 mg</p> <p>Tab 150 mg; inj 24 mg/ml Tab 2 mg, 4 mg; aerosol 100 mcg/dosis; inj 50 mcg/2,5ml lar. Respiratori untuk nebulizer 2,5 mg/ 2,5ml</p> <p>tab 15 mg, sir 10 mg/5ml tab 10 mg</p> <p>sir 25 mg/5ml; tab 100 mg cairan</p> <p>tetes telinga 3%, btl 5 ml tetes telinga 10%, btl 5 ml</p>	
---	--	--

RUJUKAN

Anonim, *Farmakope Indonesia* edisi IV, 1995, departemen Kesehatan RI Jakarta

Loyd, V.A Jr., Nicholas G.P., and Howard C. Ansel's, 2005. *Pharmaceutical . Dosage Form and Drug Delivery System* .8' ed. Baltimore, Md.Lippincott. William and Wilkins.

Nanizar Z-J, 1990, *Ars prescibendi Resep yang Rasional*, Airlangga University Press, Surabaya.

Tjai TH dan Rahardja K, 2007. *Obat-obat Penting, Khasiat, Penggunaan, dan Efek-efek Samping.*, Ed.VI, Gramedia, Jakarta.

Sulistia, dkk, 2007, *Famakologi dan Terapi*, 862-872, UI Press, Jakarta.

REKAM MEDIS

Balgis, Betty Suryawati, Budiyanto, Fatichati, Ismiranti Andarini, Warsito

Tujuan Pembelajaran

1. Mahasiswa mampu menjelaskan macam-macam rekam medis.
2. Mahasiswa mampu menjelaskan fungsi dan manfaat dari rekam medis
3. Mahasiswa mampu menjelaskan aspek medikolegal/ tentang aspek hukum dan etik dari rekam medis
4. Mahasiswa mampu menjelaskan isi dari rekam medis
5. Mahasiswa membuat rekam medis untuk pasien rawat jalan dan pasien rawat inap
6. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang cara penyimpanan dan pemusnahan rekam medis

I. PENDAHULUAN

Rekam medis merupakan berkas/dokumen penting bagi setiap instansi rumah sakit yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis merupakan bukti tertulis atas segala tindakan pelayanan, perkembangan penyakit dan pengobatan selama pasien berkunjung atau dirawat di rumah sakit atau praktik pribadi.

Pengisian berkas rekam medis oleh tenaga kesehatan akan memudahkan tenaga kesehatan lain dalam memberikan tindakan atau terapi kepada pasien. Selain itu Rekam medis juga digunakan sebagai sumber data yang kemudian menjadi informasi yang berguna bagi manajemen dalam menentukan langkah-langkah strategis untuk pengembangan pelayanan kesehatan.

Terselenggaranya praktek kedokteran yang baik tercermin dari adanya rekam medis yang baik. Oleh karena itu pemeliharaan rekam medis sangat diperlukan dalam rangka memberi kualitas pelayanan yang prima bagi pasien dan keluarganya yang terlibat dalam pelayanan kesehatan berkesinambungan. Apabila seorang dokter atau tenaga kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan

pada sarana kesehatan atau praktik perorangan dapat membuat suatu rekam medis yang baik maka pelayanan kesehatan menjadi lebih optimal.

II. REKAM MEDIS DALAM PELAYANAN KESEHATAN

A. Definisi Rekam Medis

Menurut Permenkes RI No.269/Menkes/PER/III/2008, *medical record* atau rekam medis kesehatan adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

B. Manfaat Rekam Medis

Dalam Permenkes RI No.269/Menkes/PER/III/2008 rekam medis sangat bermanfaat dalam berbagai aspek baik dalam pelayanan kesehatan kepada pasien maupun dalam bidang yang lain, yaitu :

1. Dalam rangka pengobatan pasien

Rekam medis bermanfaat sebagai dasar dan petunjuk untuk merencanakan dan menganalisis penyakit serta merencanakan pengobatan, perawatan dan tindakan medis yang harus diberikan kepada pasien. Dalam hal ini rekam medis bermanfaat sebagai alat komunikasi antara dokter dengan tenaga kesehatan lainnya yang ikut serta memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. Rekam medis juga dijadikan dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang harus diberikan kepada pasien selanjutnya.

2. Sebagai dasar dalam peningkatan kualitas pelayanan

Membuat Rekam Medis bagi penyelenggaraan praktik kedokteran dengan jelas dan lengkap akan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, untuk tercapainya kesehatan masyarakat yang optimal. Dalam hal ini, rekam medis merupakan alat yang berguna untuk menganalisa dan mengevaluasi kualitas program dan pelayanan kesehatan yang telah dilakukan. Sebagai contoh, bagi seorang pengelola rumah sakit rekam medis dapat memberikan informasi mengenai :

- Jumlah pasien yang datang ke sarana kesehatan tersebut, jumlah pasien baru dan lama.
- Distribusi penyakit pasien yang datang ke sarana kesehatan.
- Berapa cakupan program yang sudah dicapai di bandingkan dengan program yang ditargetkan.

Informasi-informasi tersebut sangat diperlukan untuk peningkatan pelayanan kesehatan selanjutnya.

3. Dalam bidang pendidikan dan penelitian

Rekam medis yang berisi informasi mengenai perkembangan penyakit pasien, pelayanan medis, pengobatan dan tindakan medis yang sudah dilakukan bermanfaat untuk bahan informasi bagi perkembangan pengajaran dan penelitian di bidang kedokteran, kedokteran gigi, maupun pendidikan kesehatan yang lain, misalnya pendidikan keperawatan.

4. Dalam hal pembiayaan perawatan pasien

Berkas rekam medis dapat dijadikan petunjuk dan bahan untuk menetapkan pembiayaan dalam pelayanan kesehatan pada sarana kesehatan. Catatan tersebut dapat dipakai sebagai bukti pembiayaan kepada pasien.

5. Bahan informasi statistik kesehatan

Rekam medis dapat digunakan sebagai bahan statistik kesehatan, misalnya untuk mempelajari perkembangan kesehatan masyarakat dan untuk menentukan prevalensi suatu penyakit dalam masyarakat. Misalnya, dari rekam medis dapat diketahui berapa jumlah penderita diabetes, hipertensi, penyakit infeksi dan distribusi penyakit yang lain.

6. Pembuktian masalah hukum, disiplin dan etik

Rekam medis merupakan alat bukti tertulis utama, sehingga bermanfaat dalam penyelesaian masalah hukum, disiplin dan etik. Dalam hal ini rekam medis bermanfaat untuk melindungi kepentingan hukum bagi pasien, sarana kesehatan maupun tenaga kesehatan yang terlibat. Misalnya pada kasus dugaan malpraktek kedokteran, seorang dokter atau tenaga kesehatan dapat menggunakan kronologis pengobatan dan

perawatan ataupun data-data penunjang yang tertulis dalam rekam medis untuk memberikan penjelasan terhadap tindakan yang dilakukannya.

C. Kerahasiaan Rekam Medis

Informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan pasien harus dijaga kerahasiaannya oleh dokter, dokter gigi, tenaga kesehatan tertentu, petugas pengelola dan pimpinan sarana pelayanan kesehatan.

Informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan dapat dibuka dalam hal :

1. Untuk kepentingan kesehatan pasien, misalnya apabila pasien akan pindah dokter, untuk konsultasi kepada dokter ahli, atau untuk kepentingan asuransi kesehatan;
2. Memenuhi permintaan aparaturnya penegak hukum dalam rangka penegakan hukum atas perintah pengadilan;
3. Permintaan dan/atau persetujuan pasien sendiri; permintaan institusi/lembaga berdasarkan ketentuan perundang-undangan;
4. Untuk kepentingan penelitian, pendidikan, dan audit medis, sepanjang tidak menyebutkan identitas pasien.

Permintaan rekam medis untuk tujuan tersebut diatas harus dilakukan secara tertulis kepada pimpinan sarana pelayanan kesehatan.

D. Kepemilikan Rekam Medis

Berkas rekam medis merupakan milik sarana pelayanan kesehatan sedangkan isi rekam medis merupakan milik pasien. Apabila pasien meminta isi rekam medis maka dapat diberikan dalam bentuk ringkasan rekam medis. Ringkasan rekam medis dapat diberikan, dicatat atau dicopy oleh pasien atau orang yang diberi kuasa atau atas persetujuan tertulis pasien atau keluarga pasien yang berhak untuk itu. Pasien dapat menerima fotokopi dari rekam medis yang harus dibubuhi stempel, paraf dan tanggal disetiap lembar fotokopi tersebut.

E. Macam-macam rekam medis

Pelayanan rekam medis memiliki berbagai bentuk, dari tingkatan yang paling sederhana sampai pada tingkatan yang lebih canggih. Bentuk pelayanan rekam medis meliputi :

1. Pelayanan rekam medis berbasis kertas

Rekam medis manual (*paper based documents*) adalah rekam medis yang berisi lembar administrasi dan medis yang diolah, ditata dan disimpan secara manual. Rekam medis ini seluruhnya menggunakan kertas dalam menyimpan informasi.

2. Pelayanan rekam medis manual dan registrasi komputerisasi

Pelayanan rekam medis ini sudah berbasis komputer, tetapi masih terbatas hanya pada pendaftaran (*admission*), data pasien masuk (*transfer*), dan data pasien keluar termasuk yang meninggal (*discharge*). Pengolahannya secara komputerisasi hanya terbatas pada sistem registrasi, sedangkan lembar administrasi dan medis masih diolah secara manual.

3. Pelayanan Manajemen Informasi Kesehatan (MIK) terbatas

Pelayanan rekam medis yang diolah menjadi informasi dan pengelolaannya secara komputerisasi yang berjalan pada satu sistem secara otomatis di unit kerja manajemen informasi kesehatan.

4. Pelayanan Sistem Informasi Terpadu

Computerized Patient Record (CPR), yang disusun dengan mengambil dokumen langsung dari sistem image dan struktur sistem dokumen yang telah berubah.

5. Pelayanan Manajemen Informasi Kesehatan (MIK) dengan Rekam Kesehatan Elektronik (EMR)

Sistem pendokumentasian telah berubah dari *Electronic Medical Record* (EMR) menjadi *Electronic Patient Record* sampai dengan tingkat yang paling akhir dari pengembangan *Health Information System*, yakni *Electronic Health Record* (EHR) – Rekam Kesehatan Elektronik.

F. Isi Rekam Medis

Menurut Permenkes RI No.269/Menkes/PER/III/2008 rekam medis berisi mengenai identitas pasien, tanggal dan waktu, hasil anamnesis, riwayat penyakit, hasil pemeriksaan laboratorium, diagnosis, persetujuan tindakan medis, tindakan/pengobatan, catatan observasi klinis dan hasil pengobatan, resume akhir dan evaluasi hasil pengobatan.

Berdasarkan Permenkes RI No.269/Menkes/PER/III/2008 ada beberapa jenis rekam medis, yaitu :

1. Rekam medis rawat jalan
2. Rekam medis rawat inap
3. Rekam medis gawat darurat
4. Rekam medis bencana
5. Rekam medis dokter spesialis
6. Rekam medis untuk pengobatan massal atau dalam ambulance

1. Rekam Medis Pasien Rawat Jalan

Isi rekam medis untuk pasien rawat jalan pada sarana kesehatan sekurang-kurangnya memuat catatan/dokumen tentang hal-hal tersebut dibawah ini.

- a. Identitas pasien,
- b. Tanggal dan waktu,
- c. Hasil anamnesis yang mencakup minimal keluhan dan riwayat penyakit
- d. Hasil pemeriksaan fisis dan penunjang medik,
- e. Diagnosis/masalah,
- f. Rencana penatalaksanaan,
- g. Pengobatan dan atau tindakan,
- h. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien,
- i. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik ,
- j. Persetujuan tindakan bila diperlukan

2. Rekam Medis Pasien Rawat Inap

Isi rekam medis untuk pasien rawat inap pada sarana kesehatan sekurang-kurangnya memuat catatan/dokumen tentang hal-hal tersebut dibawah ini :

- a. Identitas pasien,
- b. Tanggal dan waktu,
- c. Hasil anamnesis yang mencakup minimal keluhan dan riwayat penyakit,
- d. Hasil pemeriksaan fisis dan penunjang medik,
- e. Diagnosis/masalah,
- f. Rencana penatalaksanaan,
- g. Pengobatan dan atau tindakan,
- h. Persetujuan tindakan apabila diperlukan,
- i. Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan,
- j. Ringkasan pulang (discharge summary),
- k. Nama dan tandatangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan,
- l. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien,
- m. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik

3. Rekam medis pasien gawat darurat

Rekam medis untuk pasien digawat darurat sekurang-kurangnya memuat :

- a. Identitas pasien,
- b. Kondisi saat pasien tiba disarana pelayanan kesehatan,
- c. Identitas pengantar pasien,
- d. Tanggal dan waktu,
- e. Hasil anamnesis yang mencakup minimal keluhan dan riwayat penyakit,
- f. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik,
- g. Diagnosis/masalah,
- h. Pengobatan dan atau tindakan,

- i. Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut,
 - j. Nama dan tandatangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan,
 - k. Sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana kesehatan yang lain,
 - l. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien
4. Rekam medis pasien dalam keadaan bencana
- Isi rekam medis pada pasien dalam keadaan bencana sama dengan pada pasien gawat darurat, diatas ditambah dengan :
- 1. Jenis bencana dan lokasi dimana pasien ditemukan
 - 2. Kategori kegawatan dan nomor pasien bencana masal; dan
 - 3. Identitas orang yang menemukan pasien.
5. Rekam medis untuk pelayanan dokter spesialis atau dokter gigi spesialis.
- Isi rekam medis pada pelayanan spesialis sama dengan pada pasien rawat inap maupun rawat jalan dan dapat dikembangkan sesuai dengan kebutuhan.
6. Pelayanan yang diberikan dalam ambulans atau pengobatan massal
- Rekam medis pada pelayanan dalam ambulans atau pada pengobatan massal dapat dicatat dalam rekam medis sesuai ketentuan pada pasien gawat darurat dan disimpan pada sarana pelayanan kesehatan yang merawatnya.

Rekam medis menurut Permenkes RI no.269/ Menkes/ PER/ III/ 2008 juga berisi ringkasan pulang (*discharge summary*) atau resume medis. Ringkasan pulang ini harus dibuat oleh dokter atau dokter gigi yang melakukan perawatan pasien. Isi ringkasan pulang sekurang-kurangnya memuat :

- 1. Identitas pasien;
- 2. Diagnosis masuk dan indikasi pasien dirawat;

3. Ringkasan hasil pemeriksaan fisik dan penunjang, diagnosis akhir, pengobatan dan tindak lanjut; dan
4. Nama dan tanda tangan dokter atau dokter gigi yang memberikan pelayanan kesehatan.

III. PEMBUATAN DAN PENGISIAN REKAM MEDIS

A. Pengisian rekam medis secara umum

Pengisian rekam medis pasien harus lengkap dan akurat. Pada identitas pasien harus diisi lengkap meliputi: nama pasien, alamat, nomer telepon (bila ada), tanggal lahir, usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan, nama istri/suami. Untuk pasien bayi/anak item identitas ditambah dengan nama orang tua (ayah dan ibu), usia, pendidikan, dan pekerjaan masing-masing.

Contoh Data Identitas Pasien antara lain :

- Nama :
- Jenis Kelamin :
- Tempat Tanggal lahir :
- Umur :
- Alamat :
- Pekerjaan :
- Pendidikan :
- Golongan Darah :
- Status pernikahan :
- Nama orang tua :
- Pekerjaan Orang tua :
- Nama suami/istri :

Pada anamnesis dan pemeriksaan fisik harus dituliskan keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, dan riwayat penyakit dahulu. Untuk pasien bayi/anak anamnesis ditambah dengan riwayat kehamilan ibu dan

persalinan, status imunisasi, pohon keluarga, riwayat pertumbuhan dan perkembangan pasien, riwayat pemberian makanan.

Pemeriksaan fisik meliputi kesan umum, tanda vital, inspeksi, palpasi perkusi, dan auskultasi. Untuk pasien anak ditambah dengan status gizi.

Diagnosis/masalah dituliskan sesuai dengan diagnosis atau masalah pasien yang diidentifikasi.

Rencana penatalaksanaan atas masalah pasien, pengobatan atau tindakan yang dilakukan. Pemeriksaan laboratorium yang sudah dilakukan juga harus disertakan.

Penulisan rekam medis harus sesuai dengan tata cara penulisan Rekam Medis yaitu :

- 1) Ditulis secara lengkap dan menyeluruh.
- 2) Ada nama, waktu dan tandatangan dokter atau tenaga kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan, PIN (pada rekam medis elektronik).
- 3) Tidak boleh diganti / dihapus.
- 4) Bila keliru harus dicoret dan kemudian dibenarkan dan diberi paraf.

B. Rekam medis berorientasi masalah (*Problem Oriented Medical record/ POMR*)

Problem Oriented Medical Record (POMR) disebut dengan rekam medis yang berorientasi pada masalah. POMR diprakarsai oleh Dr. Lawrence L. Weed (1950 -1960). Konsep dari POMR sendiri adalah pendekatan terhadap semua masalah pasien, dan mengobati sesuai permasalahannya yang timbul dan kaitannya dengan masalah lain. Sistem ini dianggap paling ilmiah untuk pendidikan dan penelitian karena mempunyai sistem yang mirip dengan metoda penelitian ilmiah eksperimental. Rekam Medis berorientasi pada masalah (*Problem Oriented Medical Record*) sangat cocok dilakukan dalam pelayanan praktek kedokteran.

Elemen dasar dari rekam medis berorientasi pada masalah adalah :

- a. Data dasar (*data base*)
- b. Daftar masalah (*problem list*)
- c. Rencana pengelolaan (*management plans*)

d. Catatan kemajuan (*progress notes*)

1. Data dasar (*data base*)

Data dasar pasien harus sudah selesai dilengkapi pada kunjungan pertamakali. Data dasar berisi informasi umum misalnya data demografi dan informasi khusus tentang masalah pasien (data medis pasien) seperti :

- a. Profil pasien (nama, jenis kelamin, tanggal lahir, alamat, nomor telephone, pekerjaan, status perkawinan)
- b. Informasi mengenai kemungkinan faktor risiko
- c. Catatan immunisasi
- d. Riwayat alergi
- e. Riwayat medis pasien
- f. Catatan pemeriksaan fisik dan hasil pemeriksaan laboratorium
- g. Riwayat psikososial dan pengobatan
- h. Riwayat penyakit dahulu
- i. Riwayat keluarga (genogram)

Pada anamnesis dilengkapi selengkap-lengkapinya sehingga dari keluhan utama pasien dapat menuntun kemasalah yang timbul selanjutnya. Secara kronologis, data dasar dikumpulkan sebelum daftar masalah dibuat.

2. Daftar Masalah (*problem list*) dan Rencana Pengelolaan Masalah

Setelah dilengkapinya data dasar, didalam rekam medis dibuat daftar masalah pasien (*problem list*), misalnya, gejala-gejala klinik yang terjadi dan kelainan-kelainan dialami oleh pasien yang kemungkinan berpengaruh terhadap perkembangan klinik dan menejemen penyakit harus dicatat dan diberi nomor sesuai dengan tanggal mulai timbulnya kejadian atau gejala tersebut.

Daftar masalah antara lain mengacu pada masalah :

- Medis (biologis)
- Psikiatri
- Sosial

- Demografi
- Diagnosis
- Penemuan fisiologis
- Gejala
- Tanda
- Abnormalitas pemeriksaan penunjang
- Permasalahan sosial
- Permasalahan demografis

Masalah yang dialami pasien dibagi menjadi dua kelompok, yaitu :

- a. Masalah aktif (*active problems*) :
 - 1) Masalah yang sedang dihadapi pasien
 - 2) Masalah yang masih membutuhkan pemeriksaan dan penanganan lebih lanjut
 - 3) Masalah yang masih membutuhkan pengobatan dan tindakan khusus
 - 4) Masalah yang dapat mempengaruhi kesehatan pasien saat ini
- b. Masalah inaktif (*inactive problems*) :
 - 1) Masalah yg masih tetap ada pada pasien tetapi tidak memerlukan tindakan misalnya: penderita polio yang sampai sekarang kecacatannya masih ada
 - 2) Masalah masa lalu yang mungkin menjadi penyebab atau berhubungan dengan masalah yang sekarang ada, misalnya: anak sering mengalami kejang dan setelah ditelusuri masa lalunya ternyata dia lahir dalam keadaan asfiksia berat.
 - 3) Masalah yang telah lampau tetapi ada kemungkinan kambuh lagi misalnya: tuberkulosis paru

Cara membuat daftar masalah :

1. Semua problem diurutkan berdasar nomer urut lengkap dengan tanggal kronologis problem ditemukan.

2. Bila problem sudah dapat diatasi tuliskan tanggal problem teratasi tersebut misalnya penderita appendicitis akut kemudian dilakukan operasi, tuliskan tanggal operasi.
3. Menggunakan istilah yang lazim.
4. Menggunakan satu nomor untuk satu masalah.
5. Masalah minor seperti misalnya infeksi saluran nafas tidak perlu dimasukkan dalam daftar masalah.
6. Agar masalah dapat diketahui dengan cepat maka daftar masalah diletakkan di halaman depan rekam medis.

3. Rencana Pengelolaan (*management plans*)

Setelah dokter membuat daftar masalah dari seorang pasien langkah selanjutnya adalah mencoba mencari pemecahan dari masalah yang ditemukan. Pada rencana pengelolaan masalah dituliskan semua rencana diagnostik, rencana terapi, rencana tindakan, rencana evaluasi, rencana rujukan dan rencana pendidikan yang akan dilakukan untuk setiap masalah aktif yang ada pada pasien. Perencanaan dibagi dua tahap yaitu rencana awal dan rencana lanjutan.

Rencana awal dibuat saat pertama kali pasien yang bersangkutan berobat ke institusi pelayanan kesehatan terkait. Rencana awal umumnya meliputi :

- a. *Diagnostic*, mengenai studi lebih lanjut tentang diagnosis dan manajemen.
- b. *Therapeutic*, perencanaan mengenai tindakan/pengobatan yang akan diberikan.
- c. *Patient education*, perencanaan mengenai penyampaian informasi medis kepada pasien.

Rencana lanjutan dapat dibuat pada saat membuat catatan kemajuan (*progress report*). Rencana lanjutan meliputi :

- a. Rencana pemeriksaan
- b. Rencana pengobatan dan tindakan medis
- c. Rencana edukasi terhadap pasien

Cara membuat rencana pengelolaan :

1. Membuat rencana pengelolaan untuk setiap masalah aktif.
2. Nomor rencana pengelolaan harus sesuai dengan nomor masalah yang ada dalam daftar masalah.
3. Bila dalam pengelolaan perlu penanganan dokter ahli maka nama dokter konsulen dan macam pengobatan atau tindakan yang diberikan oleh dokter konsulen harus dicantumkan.

4. Catatan Kemajuan (*progress notes*)

Catatan kemajuan pasien merupakan follow-up untuk semua masalah. Catatan kemajuan ini menggambarkan aktivitas pelayanan pada pasien oleh tenaga medis, paramedis dan lainnya. Pada bagian ini dicatat semua kemajuan yang diperoleh sebagai hasil dari tindakan yang diberikan sehingga memungkinkan dokter untuk mengikuti perkembangan masalah melalui rekam medis. Catatan ini meliputi :

- a. Segala sesuatu yang terjadi pada pasien.
- b. Segala rencana asuhan lanjutan bagi pasien
- c. Respon pasien terhadap terapi.

Dalam catatan kemajuan ini disarankan menggunakan format SOAP (Subjective – Objective – Assessment – Planning). SOAP dapat dijelaskan sebagai berikut :

- S** = data subyektif yang berisi keluhan pasien.
- O** = data objektif atau penemuan fisik, psikologis, hasil pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan penunjang lainnya.
- A** = penilaian yg berisi diagnosis kerja dan atau diagnosis banding.
- P** = rencana yang berisi penatalaksanaan medikamentosa (*pharmakologic treatment*), penatalaksanaan non medikamentosa (*non pharmakologic treatment*), pendidikan pada pasien, konseling dan rencana diagnostik.

Keuntungan dan kerugian *Problem Oriented Medical Record* (POMR)

- Keuntungan menggunakan POMR, antara lain sebagai berikut :
 - Dokter dapat mempertimbangkan semua permasalahan pasien dan interpretasinya secara lebih menyeluruh,
 - Dokter menangani masalah berdasar prioritas,
 - Perubahan masalah yang dialami pasien mudah diikuti,
 - Pendidikan medis dapat terfasilitasi dengan dokumentasi yang lengkap
- Kekurangan menggunakan POMR, yaitu :
 - Memerlukan pelatihan dan komitmen dari sumber daya manusia yang ada sebagai tenaga pelaksana.
 - Selain itu, masih sedikit sekali fasilitas pelayanan akut menggunakan sistem ini secara penuh karena kebanyakan dari profesional kesehatan hanya menggunakan catatan kemajuan dalam bentuk SOAP.

Contoh kasus :

Seorang pasien umur 54 tahun, laki-laki dengan sirosis hepatis dibawa ke rumah sakit dengan keluhan perdarahan gastrointestinal masif.

Setelah 24 jam dilakukan tindakan terhadap keadaan pasien dan setelah menjalani pemeriksaan ditemukan daftar masalah (*problem lists*) sebagai berikut :

1. Peminum alkohol
2. Sirosis hepatis
3. Perdarahan saluran cerna
4. Mengalami BPH (*Benign Prostatic Hypertrophy*)
5. Hiperglikemia
6. Terdapat infiltrat pada lobus kanan atas
7. Tidak mempunyai pekerjaan

8. Status perkawinan : bercerai dengan isterinya

Final *problem lists* :

1. Alkoholisme kronis
2. Sirosis hepatis
3. Perdarahan saluran cerna
4. Terdapat karsinoma pada glandula prostat (ditegakkan dengan meningkatnya kadar PSA (*Prostate Specific Antigen*), USG prostat, dan hasil biopsi)
5. Tidak ada masalah- hasil pemeriksaan glukosa darah normal
6. Tidak ada masalah- hasil pemeriksaan rontgen dada normal
7. Tidak mempunyai pekerjaan
8. Status perkawinan : bercerai dengan isterinya

IV. PENYIMPANAN REKAM MEDIS

A. Sistem Penamaan Rekam Medis

Sistem penamaan rekam medis pada dasarnya adalah untuk memberikan identitas kepada seorang pasien serta untuk membedakan antara pasien satu dengan pasien lainnya, sehingga mempermudah dalam memberikan pelayanan rekam medis kepada pasien yang datang berobat kerumah sakit. Penulisan nama pasien pada rekam medis menurut Buku Petunjuk Penyelenggaraan Rekam Medis Rumah Sakit (1991 :11) adalah sebagai berikut :

1. Nama pasien harus lengkap, minimal terdiri dari dua suku kata. Dengan demikian, ada beberapa kemungkinan dalam penulisan nama pasien yaitu :
 - Nama pasien sendiri apabila sudah terdiri dari dua suku kata.
 - Nama pasien sendiri dilengkapi dengan nama suami, bila seorang perempuan bersuami.
 - Nama pasien sendiri dilengkapi dengan nama orang tua, biasanya nama ayah.

- Bagi pasien yang mempunyai nama keluarga/marga didahulukan dan kemudian diikuti dengan nama sendiri.
2. Nama ditulis dengan huruf cetak dan mengikuti ejaan yang disempurnakan.
 3. Bagi pasien perempuan diakhir nama lengkap ditambah Ny. atau Nn. sesuai dengan statusnya.
 4. Pencantuman titel selalu diletakkan sesudah nama lengkap pasien.
 5. Perkataan tuan, saudara, bapak, tidak dicantumkan.

B. Sistem Penomoran Rekam Medis

Rekam medis pada hampir semua lembaga pelayanan kesehatan disimpan menurut nomor, yaitu berdasarkan nomor pasien masuk (*admission number*). Ada 3 (tiga) macam sistem pemberian nomor pasien masuk (*admission numbering system*) yang umum dipakai yaitu :

1. Pemberian nomor cara seri (*serial numbering system*)

Dengan sistem ini setiap pasien mendapat nomor baru setiap kunjungan ke rumah sakit. Jika pasien berkunjung lima kali, mendapat lima nomor yang berbeda. Semua nomor yang diberikan kepada pasien tersebut harus dicatat pada Kartu Indeks Utama Pasien (KIUP) pasien yang bersangkutan. Rekam medisnya disimpan di berbagai tempat sesuai nomor yang telah diperoleh.

2. Pemberian nomor cara unit (*unit numbering system*)

Sistem ini memberikan hanya satu unit rekam medis kepada pasien baik pasien tersebut berobat jalan maupun rawat inap. Pada saat seorang berkunjung pertama kali ke rumah sakit apakah berobat jalan ataupun dirawat, kepadanya diberikan satu nomor (*admitting number*) yang akan dipakai selamanya selama setiap kunjungan berikutnya, sehingga pasien hanya mempunyai satu nomor rekam medis.

3. Pemberian nomor cara seri unit (*serial unit numbering system*)

Sistem ini merupakan gabungan antara sistem seri dan sistem unit. Setiap pasien yang berkunjung ke rumah sakit diberikan satu nomor baru tetapi rekam medisnya yang terdahulu digabungkan dan disimpan

di bawah nomor yang paling baru sehingga terciptalah satu unit rekam medis. Apabila satu rekam medis lama diambil dan dipindahkan tempatnya ke nomor yang baru, di tempat yang lama diberi tanda petunjuk yang menunjukkan ke mana rekam medis tersebut dipindahkan. Tanda petunjuk tersebut diletakkan menggantikan tempat rekam medis yang lama.

Dari ketiga macam sistem penomoran berdasarkan nomor pasien masuk tersebut, pemberian nomor cara unitlah yang lebih baik digunakan, karena dengan cara ini seorang pasien hanya memiliki satu nomor setiap kunjungan ke rumah sakit, dan rekam medisnya baik rawat jalan maupun rawat inap terkumpul dalam satu map (folder) sehingga dengan cepat memberikan gambaran yang lengkap mengenai riwayat penyakit dan pengobatan seorang pasien kepada rumah sakit maupun staf medis lainnya. Selain itu juga menghilangkan kerepotan mencari/mengumpulkan rekam medis pasien yang terpisah-pisah seperti pada sistem seri, menghilangkan kerepotan mengambil rekam medis lama untuk disimpan ke nomor baru seperti dalam sistem seri unit.

Dalam praktek kedokteran keluarga, metode yang dianjurkan adalah penyimpanan numeric dengan sistem angka akhir yang lazim disebut dengan "*terminal digit filling system*". Di sini digunakan nomor-nomor dengan 6 angka, yang dikelompokkan menjadi 3 kelompok yang masing masing terdiri dari 2 angka. 2 Angka pertama paling kanan, angka 2 terletak di tengah dan 2 angka terakhir terletak paling kiri. Dalam penyimpanan dengan sistem angka akhir ada 100 kelompok angka pertama yaitu 00 sampai dengan 99.

Pada waktu menyimpan, petugas harus melihat angka pertama dan membawa rekam medis tersebut ke rak penyimpanan untuk kelompok angka pertama kemudian rekam medis disesuaikan urutan letaknya menurut angka kedua kemudian rekam medis disimpan sesuai dengan kelompok angka ketiga.

Sebagai contoh, bagaimana cara menemukan rekam medis atas nama *Budi Susanto* dengan nomor rekam medis : (40 18 74)

1. Nomer dibaca dalam arah yang disarankan. Ini akan nampak terbalik bagi pendatang baru, tetapi sistem angka akhir berhubungan dengan kode warna yang diletakkan diatas. Seluruh sistem terbagi 100 kode warna.
2. Angka terakhir 40 18 7(4) mengindikasikan warna.
3. Dua angka dari belakang 40 18 (7)4 mengindikasikan posisi folder pada warna tersebut.
4. Nomor keluarga adalah 18
5. Semua keluarga *Budi* dikelompokkan bersama dalam map dan nomer *Budi* sendiri adalah 4.

C. Penyimpanan dan Pengelolaan Rekam Medis

Ada 2 (dua) cara pengurusan penyimpanan dalam pengelolaan rekam medis yaitu :

1. Sentralisasi

Sentralisasi adalah penyimpanan rekam medis pasien dalam satu kesatuan baik catatan kunjungan poliklinik maupun catatan selama seorang pasien dirawat, disimpan pada satu tempat yaitu bagian rekam medis.

Kebaikan sistem sentralisasi adalah :

- Dapat mengurangi terjadinya duplikasi dalam pemeliharaan dan penyimpanan rekam medis.
- Mudah menyeragamkan tata kerja, peraturan dan alat yang digunakan.
- Efisiensi kerja petugas.
- Permintaan akan rekam medis mudah dilayani setiap saat.

Kelemahan sistem sentralisasi adalah :

- Perlu waktu dalam pelayanan rekam medis.

- Perlu ruangan yang luas, alat-alat dan tenaga yang banyak terlebih bila tempat penyimpanan jauh terpisah dengan lokasi penggunaan rekam medis, misalnya dengan poliklinik.

2. Desentralisasi

Desentralisasi adalah penyimpanan rekam medis pada masing-masing unit pelayanan. Terjadi pemisahan antara rekam medis pasien poliklinik dengan rekam medis pasien dirawat. Rekam medis poliklinik disimpan di poliklinik yang bersangkutan, sedangkan rekam medis pasien dirawat disimpan di bagian rekam medis.

Kebaikan sistem desentralisasi adalah :

- Efisiensi waktu, di mana pasien mendapat pelayanan lebih cepat.
- Beban kerja yang dilaksanakan petugas rekam medis lebih ringan.
- Pengawasan terhadap rekam medis lebih mudah karena lingkungan lebih sempit.

Kelemahan sistem desentralisasi adalah:

1. Terjadi duplikasi dalam pembuatan rekam medis sehingga informasi tentang riwayat penyakit pasien terpisah.
2. Biaya yang diperlukan untuk pengadaan rekam medis, peralatan dan ruangan lebih banyak.
3. Bentuk/isi rekam medis berbeda.
4. Menghambat pelayan bila rekam medis dibutuhkan oleh unit lain.

Masa simpan rekam medis di sarana rumah sakit adalah selama 5 (lima) tahun dihitung sejak tanggal terakhir pasien mendapat perawatan, kecuali ringkasan pulang dan persetujuan tindakan selama 10 (sepuluh) tahun. Sedangkan masa simpan di sarana kesehatan selain rumah sakit adalah 2 (dua) tahun. Setelah batas waktu tersebut, maka rekam medis dapat dimusnahkan dengan mengikuti aturan yang telah ditentukan untuk pemusnahan dokumen.

REFERENSI

- Budisantosa, Dian. *Problem Oriented Medical Record (POMR)*. <http://dianbudisantoso.net>
- Gondodiputro, Sharon. 2007. *Rekam Medis dan Sistem Informasi Kesehatan Di Pelayanan Kesehatan Primer (Puskesmas)*, Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran.
- Hidayat, Syamsu. 2006. *Manual Rekam Medis*. Konsil Kedokteran Indonesia. Jakarta.
- Sanjoyo R., *Problem Oriented Medical Record (POMR)*. *Rekam Medis FMIPA Universitas Gadjah Mada*. <http://www.yoyoke.ugm.ac.id>
- Undang-Undang Praktik Kedokteran, edisi 2011.



ANAMNESIS
DIISI OLEH DOKTER

Petunjuk Pengisian:

1. Tuliskan deskripsi Keluhan Utama & Riwayat Penyakit sesuai dengan diagnosis
2. Beri tanda (V) pada yang dilakukan Anamnesa dan Pemeriksaan Fisik kemudian tuliskan deskripsinya
3. Beri tanda (//) atau tulis TDP (Tidak Dilakukan Pemeriksaan) pada kotak yang tidak dilakukan anamnesa dan Pemeriksaan Fisik
4. Tulisan harus jelas dan terbaca

LABEL PASIEN

Nama/Jenis Kel. : _____
Tgl. Lahir : _____
No. RM : _____
Alamat : _____

Ruang : _____

Tanggal : _____

KELUHAN UTAMA :

RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

<input type="checkbox"/> KEPALA & LEHER	<input type="checkbox"/> PERNAFASAN
<input type="checkbox"/> MATA	<input type="checkbox"/> PAYUDARA
<input type="checkbox"/> HIDUNG	<input type="checkbox"/> JANTUNG
<input type="checkbox"/> TELINGA	<input type="checkbox"/> VASKULER
<input type="checkbox"/> MULUT & TENGGOROKAN	<input type="checkbox"/> ABDOMEN
<input type="checkbox"/> KULIT	<input type="checkbox"/> ENDOKRIN / METABOLIK

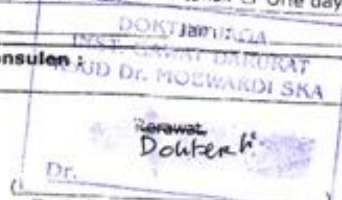
<input type="checkbox"/> GINEKOLOGI	<input type="checkbox"/> MUSKULOSKELETAL
<input type="checkbox"/> ALAT KELAMIN LAKI-LAKI	<input type="checkbox"/> SISTEM SARAF
<input type="checkbox"/> GINJAL DAN SALURAN KEMIH	<input type="checkbox"/> HEMATOLOGI
<input type="checkbox"/> EMOSI / STATUS PSIKOLOGI	
RIWAYAT PENYAKIT DAHULU	
Empty space for history of illness	
RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA	
Empty space for family history	



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MOEWARDI
Jl. Kol. Soetarto 132 Surakarta 57126. Telp. 634634, Fax. 637412

MASUK DARURAT			
Nama/Jenis Kel. : _____ Tgl. Lahir : _____ No. RM : _____ Alamat : _____	LABEL PASIEN	ALERGI OBAT	INFESIUS
		1. _____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> B. 20 - 24
		2. _____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> P. 15 - 18
		3. _____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> J. 11
		4. _____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> U. 04
			<input type="checkbox"/> A. 15
DIISI OLEH PETUGAS REKAM MEDIS			
Tanggal & Jam (waktu datang) : _____ Jam : _____			
Status Pasien : <input type="checkbox"/> Kawin <input type="checkbox"/> Belum Kawin			
Agama : <input type="checkbox"/> Islam <input type="checkbox"/> Kristen <input type="checkbox"/> Katholik <input type="checkbox"/> Hindu <input type="checkbox"/> Budha <input type="checkbox"/> Lain-lain : _____			
Pekerjaan : <input type="checkbox"/> PNS <input type="checkbox"/> Swasta			
Pengirim :		Alamat :	
Tanggal Kecelakaan :		Tempat Terjadinya :	
Dibawa ke RSDM oleh : <input type="checkbox"/> Keluarga <input type="checkbox"/> Datang Sendiri <input type="checkbox"/> Polisi <input type="checkbox"/> Lain-lain : _____			
DIISI OLEH PERAWAT			
Anamnesis : <input type="checkbox"/> Autoanamnesis <input type="checkbox"/> Aloanamnesis : _____			
Keadaan Umum : <input type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> Buruk <input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Koma <input type="checkbox"/> Perdarahan <input type="checkbox"/> Meninggal			
Tanda Vital : Tekanan Darah : _____ mmHg Nadi : _____ x/mnt Pernapasan : _____ x/mnt Suhu : _____ C Derajat nyeri : _____ Nyeri : <input type="checkbox"/> tidak <input type="checkbox"/> ya, _____ Lokasi : _____			
Keadaan Gizi : <input type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Buruk BB : _____ Kg TB : _____ cm			
Resiko Jatuh : <input type="checkbox"/> Rendah <input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Tinggi			
NAMA PERAWAT :		TANDA TANGAN :	
DIISI OLEH DOKTER			
Tingkat Kesadaran : <input type="checkbox"/> Alert <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Painfull <input type="checkbox"/> Unresponsive			
GCS : E _____ M _____ V _____ Total GCS : _____			
Diagnosis :			
Tindakan dan Terapi :			
Diteruskan Kepada :			
Instruksi kepada penderita / Keluarga :			
Keadaan penderita saat pulang / pindah : <input type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> Buruk <input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Koma <input type="checkbox"/> Perdarahan <input type="checkbox"/> Meninggal			
Kesimpulan waktu pengobatan di akhiri : <input type="checkbox"/> Rawat Jalan <input type="checkbox"/> Rawat Ipap <input type="checkbox"/> Rawat Intensif <input type="checkbox"/> One day care <input type="checkbox"/> Mati			
Tanggal & Jam (waktu pulang / pindah) : _____			
Dokter jaga IGD :		Dokter konsulen :	

Kode RM : 2012 03 1 01 01





PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MOEWARDI
Jl. Kol. Soetarto 132 Surakarta 57126. Telp. 634634, Fax. 637412

SMF BEDAH SUB BEDAH ONKOLOGI (2)

LABEL PASIEN

Nama/Jenis Kel. : _____
Tgl. Lahir : _____
No. RM : _____
Alamat : _____

a. Patologis

FNAB : _____
Biopsi : _____
PA : _____

1. Diagnosis Akhir Onkologis :

2. Terapi / Tindakan :

3. Prognosis :

Dokter Penanggung Jawab

(_____)
Tanda tangan dan Nama terang

PENGKAJIAN AWAL PEMERIKSAAN
DIISI OLEH PERAWAT DENGAN PERSETUJUAN DOKTER

LABEL PASIEN

Nama/Jenis Kel. : _____
Tgl. Lahir : _____
No. RM : _____
Alamat : _____

Ruangan : _____

Cara masuk : jalan kursi roda brankart Asal masuk : IGD Klinik lain-lain _____

A. RIWAYAT ALERGI

Alergi : tidak ya, _____
Tindakan penanganan : hindari penyebab periksa lain-lain, _____

B. KEBUTUHAN PENDIDIKAN DAN PENGAJARAN

Nilai-nilai dan keyakinan pasien / keluarga : _____
Bicara : normal terganggu, _____
Bahasa sehari-hari : daerah, jelaskan _____ Indonesia lain-lain, jelaskan _____
Perlu penerjemah : ya, jelaskan _____ tidak
Hambatan belajar : tidak ya : bahasa pendengaran hilang memori motivasi emosional
 masalah penglihatan kognitif fisik lain-lain _____
Pasien / keluarga perlu informasi tentang :
 proses penyakit pengobatan penanganan nyeri Farmasi nutrisi Psikologi Kerohanian
 Rehab medik Asuhan keperawatan lain-lain, jelaskan : _____
Kesediaan pasien / keluarga menerima informasi : Ya Tidak : _____

C. RESIKO DEKUBITUS

Kondisi fisik : Baik Sedang Buruk Sangat buruk
Status mental : Sadar Apatis Bingung Stupor
Aktifitas : Jalan sendiri Jalan dg bantuan Kursi roda Di tempat tidur
Mobilitas : Bebas bergerak Agak terbatas Sangat terbatas Tidak mampu bergerak
Inkontinensia : Kontinensia Kadang inkontinen Sering inkontinen Inkontinen uri & alvi
Score Skala Norton Resiko Decubitus : _____

D. RESIKO JATUH

Riwayat jatuh	<u>SCORE</u>
Mempunyai Diagnosis Skunder	_____
Menggunakan Alat Bantu: <input type="checkbox"/> Tidak tirah baring <input type="checkbox"/> Kruk/tandu <input type="checkbox"/> Berpegangan	_____
Terpasang Infus	_____
Gaya berjalan : <input type="checkbox"/> Normal/Kursi Roda/Berjalan <input type="checkbox"/> Lemah <input type="checkbox"/> Gangguan	_____
Status Mental : <input type="checkbox"/> Orientasi Terhadap Kemampuan <input type="checkbox"/> Lupa keterbatasannya	_____
Score Resiko Jatuh : _____	

E. PERSEPSI SENSORI

Nyeri : tidak ya, _____ Lokasi,



 0 2 4 6 8 10

F. AKTIFITAS DAN LATIHAN (DIISI NOMOR)

1) Mandi : <input type="checkbox"/>	0. mandiri
2) Toileting : <input type="checkbox"/>	1. dibantu alat
3) Berpakaian : <input type="checkbox"/>	2. dibantu orang lain
4) Makan/Minum : <input type="checkbox"/>	3. dibantu alat & orang lain
5) Mobilisasi : <input type="checkbox"/>	4. dibantu total
Tingkat ketergantungan ADL : <input type="checkbox"/> mandiri <input type="checkbox"/> tergantung sebagian <input type="checkbox"/> tergantung total	

KETERANGAN :

G. NUTRISI

1. Status Gizi

IMT :kg/m² *underweight* (≤ 18.5) *at risk obesity* (23 – 24.9)
 normoweight (18.5 – 22.9) *obesity I* (25 – 29.9)
 overweight (≥ 23) *obesity II* (≥ 30)

LLA/U :% baik ($\geq 85\%$) cukup ($\geq 70\% - < 85\%$) kurang ($< 70\%$)

2. Ada gangguan pencernaan makan

Nausea : ya tidak
Vomitus : ya tidak
Gangguan menelan/mengunyah : ya tidak

3. Makanan Pantangan : ya tidak, jika ya : _____

4. Skrining Gizi

Ada penurunan berat badan $> 5\%$ dalam 3 bulan atau 2 bulan atau 1 bulan terakhir? ya tidak
Ada penurunan asupan makan sebanyak 25% atau 50% atau 75% dalam 1 minggu terakhir? ya tidak
Ada peningkatan kebutuhan gizi atau pasien kritis? ya tidak

5. Risiko Malnutrisi : ya tidak

H. KONSEP DIRI DAN KOQNTIF

Pengetahuan tentang penyakitnya saat ini : tidak tahu sedikit tahu mengerti dan memahami
Perawatan/tindakan yang dilakukan : mengerti tidak mengerti

Konsep Diri :

Gambaran diri : optimis dengan kondisi tubuhnya merasa cacat/ kurang
Ideal diri : menerima diri menolak keadaan penyakitnya
Harga diri : percaya diri positif rendah diri malu
Peran : peran minimal digantikan orang lain
Identitas diri : persepsi diri baik persepsi diri kurang baik

Mengetahui, Dokter	Yang melakukan pengkajian Nutrisi Dietisien	Yang melakukan pengkajian, Perawat
(_____) Nama terang & tanda tangan	(_____) Nama terang & tanda tangan	(_____) Nama terang & tanda tangan



PEMERIKSAAN FISIK
DIISI OLEH DOKTER

LABEL PASIEN	Ruang : _____
---------------------	---------------

DESKRIPSI UMUM

Kesan sakit : Ringan Sedang Berat

Gtzi : _____

Berat Badan : _____ kg ; Tinggi badan : _____ cm ; IMT : _____ kg/ m²

Kesadaran : _____

TANDA VITAL

Nadi : Frekuensi : _____/menit	Deskripsi : _____
Tekanan darah : Berbaring : _____	Duduk : _____
(mmHg) Lengan Kanan : _____	Lengan Kanan : _____
Lengan Kiri : _____	Lengan Kiri : _____
Temperatur Aksila : _____	Rektal : _____
(°Celcius)	
Pernafasan : Frekuensi : _____/menit	Deskripsi : _____

KULIT

HIDUNG

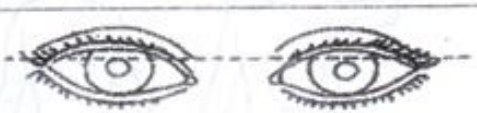
KEPALA DAN LEHER

RONGGA MULUT DAN TENGGOROKAN




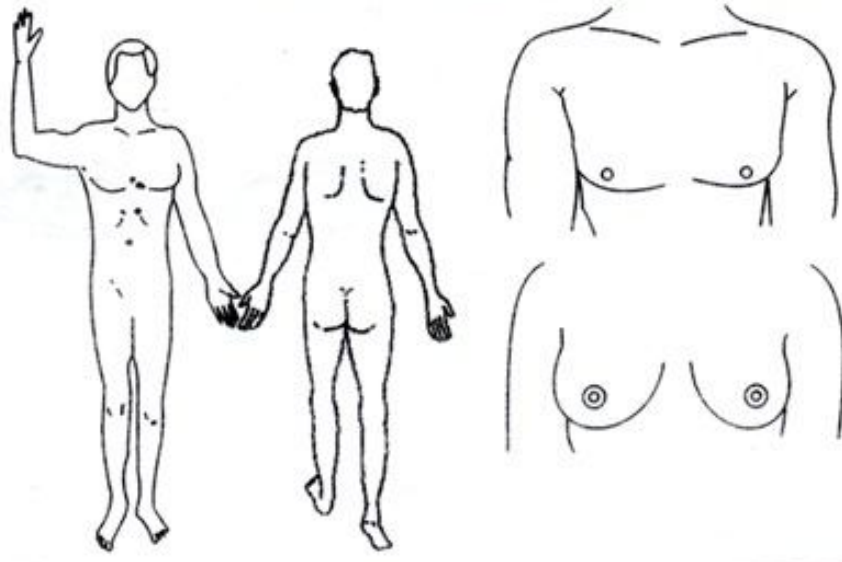
TELINGA

MATA



<p><input type="checkbox"/> TORAKS</p> <p style="text-align: center;">Kanan</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p style="text-align: center;">Kiri</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	--

<p><input type="checkbox"/> PARU</p> <p style="text-align: center;">Kanan</p> <p>_____</p>	<p style="text-align: center;">Kiri</p> <p>_____</p>
---	--

<input type="checkbox"/> JANTUNG <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> ABDOMEN <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> 				
<input type="checkbox"/> PUNGGUNG <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>					
<input type="checkbox"/> EKSTREMITAS <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 50%;">Tangan</td> <td style="text-align: center; width: 50%;">Kaki</td> </tr> <tr> <td><hr/><hr/><hr/><hr/></td> <td><hr/><hr/><hr/><hr/></td> </tr> </table>		Tangan	Kaki	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Tangan	Kaki				
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				
<input type="checkbox"/> ALAT KELAMIN <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 50%;">Laki-laki</td> <td style="text-align: center; width: 50%;">Perempuan</td> </tr> <tr> <td><hr/><hr/><hr/><hr/></td> <td><hr/><hr/><hr/><hr/></td> </tr> </table>		Laki-laki	Perempuan	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Laki-laki	Perempuan				
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				
<input type="checkbox"/> REKTUM <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> NEUROLOGI <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				
					



SMF BEDAH SUB BEDAH ONKOLOGI (1)

LABEL PASIEN

Nama/Jenis Kel. : _____
Tgl. Lahir : _____
No. RM : _____
Alamat : _____

1. Keluhan Utama :

2. Riwayat penyakit sekarang :

3. Riwayat penyakit dahulu :

4. Riwayat faktor risiko :

5. Pemeriksaan Fisik :

a. K.U. :

b. Setatus Lokalis :

c. Payudara



Laki-laki :

Perempuan :


d. Kepala dan Leher


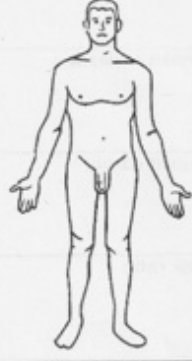




Laki-laki :



Perempuan :

<p>a. Thyroid</p> 	Laki-laki :
	Perempuan :

<p>b. Soft Tissue Tumor :</p>	
	
Perempuan :	Laki-laki :

<p>c. Intra Oral</p>	
	
Laki-laki :	Perempuan :

1. Diagnosis Klinis Onkologis :
2. DD :
<p>a. Hasil Laboratorium :</p>
<p>b. Pemeriksaan Penunjang :</p> <p>USG : _____</p> <p>Mammography : _____</p>

SUB SPESIALIS BEDAH UROLOGI

LABEL PASIEN

Nama/Jenis Kel. : _____
Tgl. Lahir : _____
No. RM : _____
Alamat : _____

1. Anamnesa :

2. Pemeriksaan Fisik

a. Tanda Vital :

b. Status Generalis :

c. Status Urologis :

1) Regio Flank

a) Nyeri ketok CVA :

b) Massa:

2) Regio Flank

a) Nyeri ketok CVA :

b) Massa:

3) Regio Suprapubik

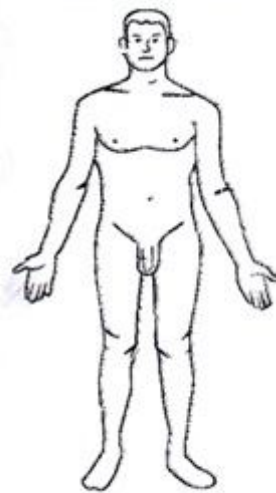
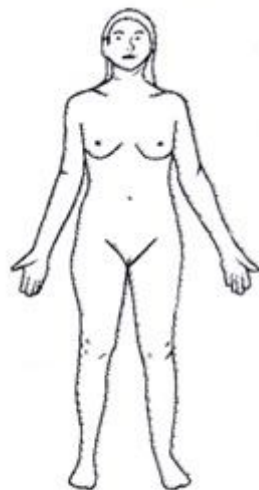
a) Massa:

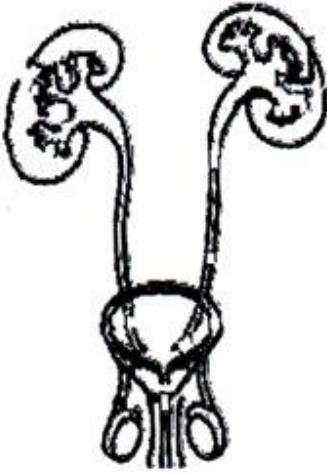
b) Kandung kencing :

4) RT

Kanan

Kiri



<p>3. Pemeriksaan Penunjang :</p> <p>a. Laboratorium :</p>
<p>b. Radiologi</p>
<p>4. Diagnosis :</p>
<p>5. Perjalanan Penyakit Selama Perawatan :</p>
<p>6. Prognosis:</p>
<p>7. Anjuran Follow Up:</p>


Dokter Penanggung Jawab

(_____)
Tanda tangan dan Nama terang