

# 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\*

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 hidupnya<sup>1</sup>.

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*

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 )<sup>2,3,4</sup>.

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

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 Amerika<sup>2</sup>; 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 Amerika<sup>2</sup>. 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 berbeda<sup>5</sup>. Mayoritas pasien ingin diberikan informasi mengenai situasi / penyakit mereka yang sebenarnya. Namun perlu sedikit modifikasi dalam penyampaian, 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 keluarga<sup>5</sup>.

### **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. Kapan 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 pasien<sup>2</sup>.

## PROTOKOL ENAM LANGKAH UNTUK MENYAMPAIKAN BERITA BURUK

1	PERSIAPAN	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pilih ruangan yang menjamin privacy, dan usahakan baik dokter maupun pasien bisa duduk dalam posisi yang nyaman.</li><li>• Tanyakan pada pasien apakah dia menghendaki ada orang lain yang menemaninya, apakah suami / istri, anak, atau keluarga lainnya. Biarlah pasien sendiri yang memutuskan.</li><li>• 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).</li></ul>
2	MENCARI TAHU SEBANYAK APA	Mulailah mengajukan pertanyaan untuk menggali informasi dari pasien supaya anda dapat mulai memahami.

	INFORMASI YANG SUDAH DIMILIKI PASIEN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apakah pasien sudah tahu mengenai penyakitnya/ situasinya. Contoh : <i>"Saya menderita kanker paru-paru, dan saya memerlukan pembedahan"</i>.</li> <li>• Seberapa banyak dia tahu ? Darimana dia tahu ? (<i>"dokter A mengatakan ada sesuatu kelainan yang ditemukan di foto roentgen dada saya"</i>)</li> <li>• Tingkat pengetahuan pasien (<i>"Dok, saya terkena Adenocarcinoma T2N0 "</i>)</li> <li>• Situasi emosional pasien (<i>"Saya takut jangan – jangan saya terkena kanker, Dok ... sampai – sampai seminggu ini saya jadi susah tidur"</i>).</li> </ul> <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	MENCARI TAHU SEBERAPA BANYAKKAH INFORMASI YANG INGIN DIKETAHUI PASIEN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penting untuk menanyakan pada pasien seberapa detil informasi yang ingin didengarnya. Apakah sangat detil, atau hanya gambaran besarnya saja ?</li> <li>• 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).</li> </ul> <p>Beberapa pertanyaan yang sering digunakan pada tahap ini</p>

		<p>misalnya :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Bapak/ ibu, bila nanti situasi atau kondisi/ hasil test menunjukkan sesuatu yang serius, apakah saya bisa memberitahukan pada anda mengenai masalah tersebut ?</i></li> <li>• <i>Apakah bapak / ibu ingin saya menjelaskan secara rinci atau hanya garis besar dari kondisi bapak / ibu sekarang ?</i></li> <li>• <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></li> <li>• <i>DII</i></li> </ul>
4	BERBAGI INFORMASI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penting untuk mempersiapkan segala data sebelum anda bertemu dengan pasien.</li> <li>• Topik pada tahap ini biasanya adalah mengenai diagnosis, terapi / penanganan, prognosis, serta dukungan / fasilitas apa saja yang bisa diperoleh oleh pasien dan keluarganya.</li> <li>• 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.</li> <li>• Ingatlah untuk menerjemahkan istilah medis ke dalam bahasa Indonesia, dan jangan mencoba untuk mengajar patofisiologi (jelaskan dengan lebih sederhana).</li> </ul> <p>Beberapa contoh bahasa yang bisa digunakan untuk menyampaikan berita buruk :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <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></li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Bu Siti, mohon maaf saya terpaksa menyampaikan kabar ini. Hasil biopsi benjolan pada payudara ibu menunjukkan bahwa ibu terkena kanker payudara.</i></li> <li>• <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></li> <li>• <i>dll</i></li> </ul>
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"> <li>• <i>Saya tahu bahwa hasil ini adalah hasil yang tidak kita harapkan....</i></li> <li>• <i>Saya tahu bahwa kabar ini adalah kabar yang tidak mengenakan....</i></li> <li>• <i>Setelah mengetahui hasilnya, kira –kira hal apakah yang bisa saya bantu ?</i></li> <li>• <i>dll.....</i></li> </ul>
6	PERENCANAAN DAN TINDAK LANJUT	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Pada titik ini Anda perlu mensintesis rasa kekhawatiran pasien dan isu-isu medis ke dalam rencana konkret yang dapat dilakukan dalam rencana perawatan pasien.</li> <li>– 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.</li> </ul>

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

## 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 isi<sup>6</sup>.*

- 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*<sup>6</sup>.

- **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*<sup>6</sup>.

## **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).

## **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.			
	<b>JUMLAH SKOR</b>			

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)

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

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

# **TEKNIK KONSELING**

Eti Poncorini Pamungkasari\*

## **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*

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. Kesediaan 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 perasaan

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 :

<i>Klien</i>	<i>" Saya baik-baik saja".(suara rendah, wajah murung, posisi tubuh gelisah)."</i>
<i>Konselor</i>	<i>Anda mengatakan baik-baik saja, tapi kalau saya tidak salah menilai, kelihatannya ada sesuatu yang tidak beres".</i>

#### **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 :

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

#### **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 :

<i>Klien</i>	<i>" Saya...harus bagaimana.., saya.. tidak tahu.."</i>
<i>Konselor</i>	<i>"....." (diam)</i>

#### **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.



## **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	<b>Mengawali pertemuan</b>			
	▪ Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri			
	▪ Menanyakan identitas klien			
	▪ Memberikan situasi yang nyaman bagi klien			
	▪ Menunjukkan sikap empati			
	▪ Menjaga rahasia klien			
2	<b>Inti konseling</b>			
	▪ Mengeksplorasi kondisi klien			
	▪ Mengidentifikasi masalah dan penyebab			
	▪ Mengidentifikasi alternatif pemecahan masalah			
	▪ Melakukan penetapan alternatif pemecahan masalah			
3	<b>Menutup pertemuan</b>			
	▪ Melakukan penilaian terhadap efektifitas konseling			
	▪ Membuat kesimpulan			
	▪ Mengakhiri konseling atas persetujuan klien			
	<b>JUMLAH SKOR</b>			

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.

$$\% \text{ Capaian Keterampilan} = \frac{\text{Jumlah Skor}}{24} \times 100 \% = \dots\dots\dots\%$$

Instruktur

Surakarta,.....  
 Observer

(.....)

(.....)

## 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

## KOMUNIKASI DENGAN SEJAWAT

Dian Ariningrum\*

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

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

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

## KERJASAMA DOKTER DENGAN SEJAWAT MENURUT KKI

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

### Kerjasama Dokter dengan Sejawat menurut KKI

#### 1. Bekerjasama dengan sejawat.

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

#### 2. Merujuk pasien

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

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

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

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

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



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

### 3. Bekerjasama dalam tim.

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

#### Prinsip tim medis yang baik :

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

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

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

Apabila bekerja dalam sebuah tim, dokter harus :

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

#### 4. Memimpin tim

Dalam memimpin sebuah tim, seorang dokter harus memastikan bahwa :

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

- h. Sistem sudah disiapkan agar koordinasi untuk mengatasi setiap permasalahan dalam kinerja, perilaku atau keselamatan anggota tim dapat tercapai.
  - i. Selalu mempertahankan dan meningkatkan praktek kedokteran yang benar dan baik.
5. Mengatur dokter pengganti
- Ketika seorang dokter berhalangan, dokter tersebut harus menentukan dokter pengganti serta mengatur proses pengalihan yang efektif dan komunikatif dengan dokter pengganti.
- Dokter pengganti harus diinformasikan kepada pasien. Dokter harus memastikan bahwa dokter pengganti mempunyai kemampuan, pengalaman, pengetahuan, dan keahlian untuk mengerjakan tugasnya sebagai dokter pengganti. Dokter pengganti harus tetap bertanggung jawab kepada dokter yang digantikan atau ketua tim dalam asuhan medis.
6. Mematuhi tugas.
- Seorang dokter yang bekerja pada institusi pelayanan/ pendidikan kedokteran harus mematuhi tugas yang digariskan pimpinan institusi, termasuk sebagai dokter pengganti. Dokter penanggung jawab tim harus memastikan bahwa pasien atau keluarga pasien mengetahui informasi tentang diri pasien akan disampaikan kepada seluruh anggota tim yang akan memberi perawatan.
- Jika pasien menolak penyampaian informasi tersebut, dokter penanggung jawab tim harus menjelaskan kepada pasien keuntungan bertukar informasi dalam pelayanan kedokteran.
7. Pendelegasian wewenang.
- Pendelegasian wewenang kepada perawat, mahasiswa kedokteran, peserta program pendidikan dokter spesialis, atau dokter pengganti dalam hal pengobatan atau perawatan atas nama dokter yang merawat, harus disesuaikan dengan kompetensi dalam melaksanakan prosedur dan pemberian terapi sesuai dengan peraturan yang berlaku. Dokter yang mendelegasikan tetap menjadi penanggung jawab atas penanganan pasien secara keseluruhan.

#### 8. Berbagi Informasi dengan Sejawat

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

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

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

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

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

#### **DELEGASI DAN KONSULTASI (RUJUKAN)**

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

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

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

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 selengkapny, 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 :

Kepada Yth.

TS dr .....

Spesialis .....

Di .....

Dengan Hormat,

Mohon konsultasi dan penanganan selanjutnya penderita Tn K, usia 56 tahun, dengan dyspnea (*diagnosis kerja/ diagnosis banding*). Hasil pemeriksaan laboratorium terlampir.

Pasien telah kami beri penanganan sementara inhalasi Ventolin dosis 3 cc sebanyak 2 kali (belum ada perbaikan).

Atas kesediaan TS, kami ucapkan terima kasih.

*(Nama terang*

*Tanda tangan*

*Alamat/no telpon)*

Contoh bentuk format rujukan medik untuk keperluan perawatan di rumah sakit

Kepada Yth.

TS dr Jaga

RS .....

Di .....

Dengan Hormat,

Mohon perawatan selanjutnya penderita An ....., usia .... tahun, dengan (*diagnosis kerja/ diagnosis banding*) ..... Keadaan sekarang .....

Pasien telah kami beri penanganan sementara ..... dosis .....

Atas kesediaan TS, kami ucapkan terima kasih.

*(Nama terang*

*Tanda tangan*

*Alamat/no telpon)*

Contoh bentuk format rujukan medik untuk keperluan pemeriksaan laboratorium klinik :

Kepada Yth.

Laboratorium Klinik .....

Di .....

Dengan Hormat,

Mohon pemeriksaan :

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

Pasien Tn/Ny/Nn....., usia .... tahun, dengan (*diagnosis kerja/ diagnosis banding*) Hemoptoe.

Atas kesediaan TS, kami ucapkan terima kasih.

Nama terang

Tanda tangan

Alamat/no telpon

Kepada Yth.

TS dr .....

Spesialis .....

Di .....

Dengan Hormat,

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

Atas kesediaan TS, kami ucapkan terima kasih.

Nama terang

Tanda tangan

Alamat/no telpon

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

<p>Kepada Yth. TS dr ..... di Puskesmas .....</p> <p>Dengan Hormat, Mohon kesediaan TS untuk melanjutkan terapi penderita Ny ....., umur .... Tahun dengan KP dupleks. Sudah kami berikan INH ....x..... sehari; Etambutol ....x..... sehari; Streptomisin inj ....gram 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 kolegial misalnya adalah mengejek teman sejawat dan mempergunjingkannya dengan pasien atau orang lain tentang perbuatannya yang dianggap kurang benar. Sejawat senior wajib membimbing sejawat yang lebih muda. Janganlah sekalipun mengatakan di muka umum bahwa ia baru lulus dan tidak mengetahui peraturan.

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

dirinya sendiri dan membahayakan kesehatannya. Jangan memberi kesempatan pada pasien untuk menjelekkan nama teman sejawat yang lebih dulu menanganinya. Seorang dokter harus ikut mendidik masyarakat dalam cara menggunakan jasa pelayanan kedokteran.

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

Menjalin hubungan baik antar teman sejawat dapat dilakukan dengan cara :

1. Dokter yang baru menetap di suatu tempat mengunjungi sejawat yang sudah lebih dulu berada di tempat tersebut. Hal ini tidak perlu dilakukan di kota besar di mana jumlah dokter cukup banyak, tetapi cukup dengan pemberitahuan tentang pembukaan praktek baru itu kepada sejawat yang tinggal berdekatan.
2. Setiap dokter menjadi anggota Ikatan Dokter Indonesia (IDI). Dengan menghadiri pertemuan ilmiah dan sosial yang diadakan IDI akan terjadi kontak pribadi sehingga timbul rasa persaudaraan. 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 hierarki 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 hierarki 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 paham 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](http://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](http://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 oleh pelaku-pelaku khusus. Dengan kata lain, profesi adalah kegiatan yang hanya boleh dijalankan oleh pelaku tertentu yang diakui secara kolektif oleh sesama pelaku profesi (informal) ataupun legal oleh pemegang otoritas (formal). Perilaku pelaku profesi ditentukan oleh interaksi institusi yang didukungnya dengan institusi lainnya. Dalam masyarakat, sifat interaksi tersebut dapat berupa determinan/dominan-submisif, atau egaliter.

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

<b>Iklim Defensif</b>	<b>Iklim Suportif</b>
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 KUHP berbunyi : *"Keterangan ahli yang diberikan oleh seseorang yang memiliki keahlian khusus hal yang diperlukan untuk membuat tentang suatu perkara pidana guna kepentingan pemeriksaan"*.

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

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

### **Perbedaan Keterangan Ahli dan Keterangan Saksi (Rusli, 2007)**

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

### **DOKTER SEBAGAI SAKSI AHLI**

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

Keterangan saksi berbeda dengan keterangan ahli, keterangan saksi diberikan berdasarkan pada hal yang dilihat, didengar atau dialami sendiri, sedangkan pendapat 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 KUHP juga berlaku untuk ahli termasuk dokter yang memberikan keterangan ahli. Pasal 185 KUHP 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 KUHP. 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	<b>Mengawali Pertemuan</b>			
	▪ Mengucapkan salam			
	▪ Memperkenalkan diri			
	▪ Memberikan situasi yang nyaman bagi diri sendiri dan orang lain			
2	<b>Inti Pertemuan (sesuai dengan kasus)</b>			
	▪ 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	<b>Menutup pertemuan</b>			
	▪ Membuat kesimpulan dari hasil penilaian/ analisis kasus			
	▪ Mengakhiri pertemuan atas persetujuan penyidik/ hakim			
	<b>JUMLAH SKOR</b>			

Keterangan :

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

$$\% \text{ Capaian Keterampilan} = \frac{\text{Jumlah Skor}}{24} \times 100 \% = \dots\dots\dots\%$$

## REFERENSI

1. Abdul Mun'iem Idries, 1997. *Pedoman Ilmu Kedokteran Forensik*. Jakarta : Binarupa Aksara
2. Ali MM., Sidi IPS, Hadat T, Adam K, Rafly A, Zahir H et al. 2006. *Komunikasi Efektif Dokter-Pasien. Hal 1.10*. Jakarta : Konsil Kedokteran Indonesia
3. Andi Hamzah., 2006. *KUHP dan KUHP*. Jakarta : Rineka Cipta
4. BeagleholeR., Epping-Jordan J, Patel V, Chopra M, Ebrahim S, et al., 1990. *Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries 2(2) : 105-122*. World Health Organ Tech.
5. <http://www-archive.com/dokter@itb.ac.id/msg07902html>. Diakses pada 19 September 2010.
6. Ikatan Dokter Indonesia. *Perubahan Perilaku Fokus Utama Pembangunan Bidang Kesehatan*. <http://www.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 Komunika*s. Edisi Revisi hal. 129-136. Bandung :Remaja Rosdakarya
11. Triana Ohoiwutun, 2006. *Profesi Dokter dan Visum Et Repertum*. Malang : Dioma

**PROTOKOL KLINIK**  
**TEKNIK OTOPSI, VISUM ET REPERTUM DAN *DEATH***  
***CERTIFICATION***

Budyanto\*, Djoko Mulyono\*

Tujuan Instruksional Umum :

Setelah membaca dan mempelajari buku pedoman keterampilan ini, diharapkan mahasiswa dapat :

1. Mengetahui prosedur pemeriksaan bedah jenazah
2. Mengetahui cara pembuatan laporan *visum et repertum*.

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.
5. Mahasiswa dapat membuat laporan *visum et repertum*.

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

## **PROSEDUR PEMERIKSAAN OTOPSI (BEDAH JENAZAH)**

Untuk melakukan otopsi diperlukan suatu Surat Permintaan Pemeriksaan/ Pembuatan *visum et repertum* dari yang berwenang, dalam hal ini pihak penyidik (Staatblad 1937 no. 350) dan ijin dari keluarga (KUHP ps. 134).

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. Pembusukan.

Tanda pembusukan pertama, merupakan kulit perut sebelah kanan bawah yang berwarna kehijau-hijauan. Kadang-kadang mayat diterima dalam keadaan pembusukan 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 penggembungan akibat pembusukan 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 selengkapnyanya. 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 ditekankan 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

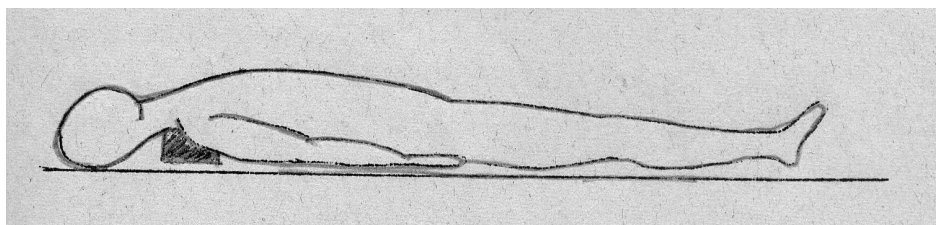
Tentukan letak patah tulang yang ditemukan serta catat/ sifat/ jenis masing-masing patah tulang yang terdapat.

**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 samapai rectum dilepaskan tersendiri dan kemudian alat-alat dalam rongga perut dikeluarkan bersama-sama dengan alat-alat dalam rongga panggul.

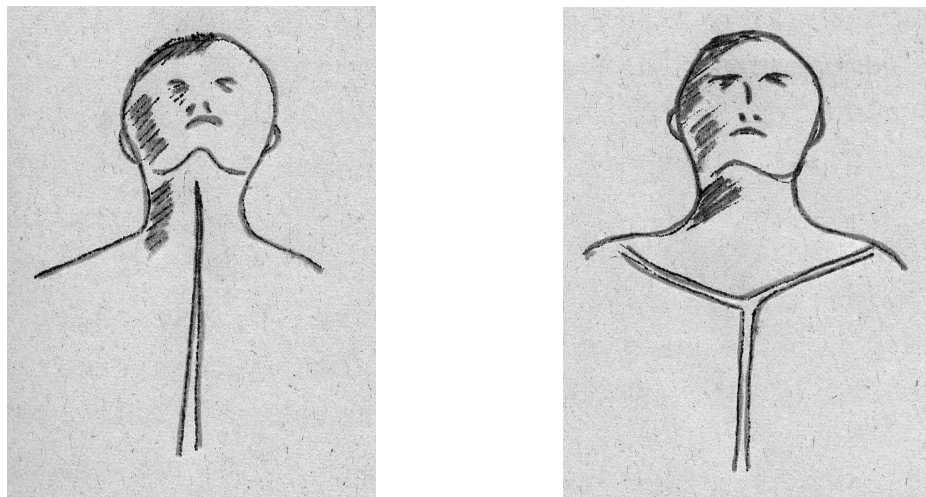
Mayat yang akan dibedah diletakkan terlentang dengan bagian bahu ditinggikan (diganjal) dengan sepotong balok kecil, dengan demikian, kepala akan berada dalam keadaan fleksi maksimal dan daerah leher tampak jelas.



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.

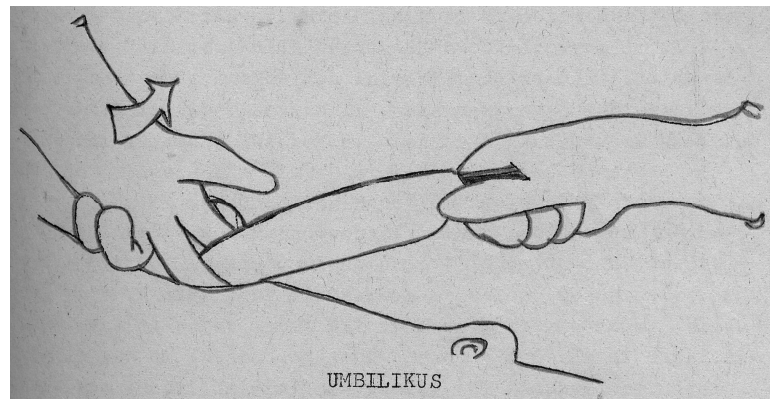


Gambar 2. Kiri : insisi huruf I; kanan : insisi huruf Y

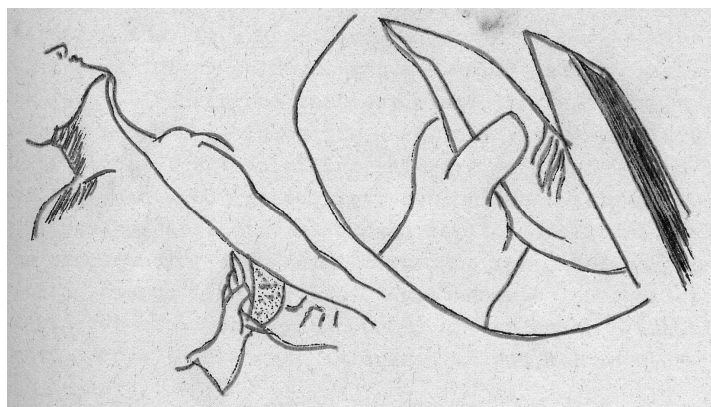
Insisi kulit dilakukan mengikuti garis pertengahan badan mulai di bawah dagu, diteruskan ke arah umbilicus dan melingkari umbilicus ini di sisi kiri dan seterusnya kembali mengikuti garis pertengahan badan sampai di daerah simfisis pubis.

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.

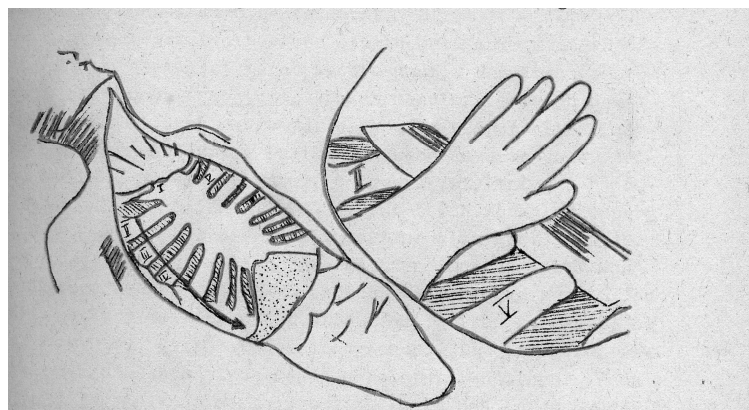
Dengan memegang dinding perut bagian atas dan memuntir dinding perut tersebut ke arah luar (dilakukan dengan ibu jari di sebelah dalam/peritoneum dan 4 jari lainnya di sebelah luar/kulit), dinding dada dilepaskan dengan memulai irisan pada otot-otot sepanjang arcus costae. Pelepasan dinding dada dilakukan 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.

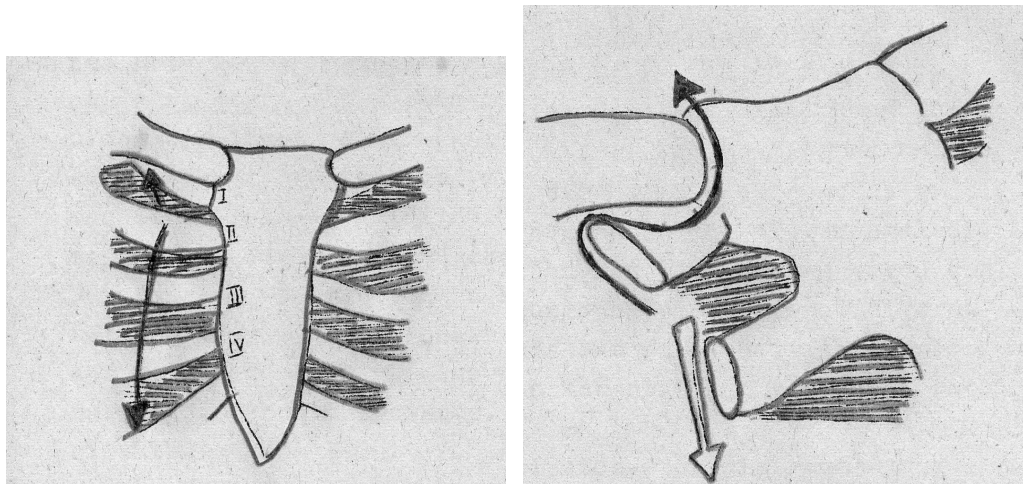
Rongga perut diperiksa dengan mula-mula memperhatikan keadaan alat-alat perut secara umum. Bagaimana penyebaran tirai usus (*omentum*), apakah menutupi seluruh usus-usus kecil, ataukah mengumpul pada satu tempat akibat adanya kelainan setempat. Periksa keadaan usus-usus, adakah kelainan berupa *volvulus*, *intussuscepsi*, *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.

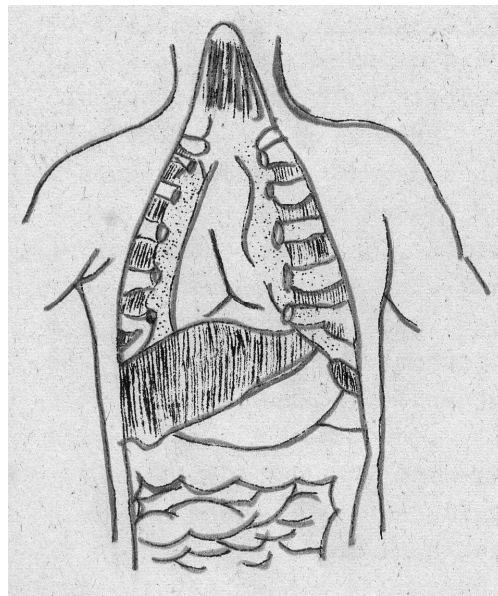


Gambar 6. Kiri : iga dipotong mulai rawan iga ke-2 ke arah kaudo-lateral. Iga pertama dipotong ke arah kranio-lateral untuk menghindari manubrium sterni. Kanan : setelah iga pertama terpotong, *artikulasio sterno-clavicularis* dipotong juga

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 kandung jantung. Biasanya dengan mencatat bagian kandung jantung yang tampak antara kedua paru-paru (diukur dengan jari tangan pemeriksa), dapat diperoleh gambaran tentang keadaan pengembangan paru-paru. Pada orang dewasa biasanya kandung jantung akan tampak selebar 4 jari antara kedua tepi paru-paru. Kandung 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. Kandung jantung dibuka dengan melakukan pengguntingan pada dinding depan mengikuti bentuk huruf Y terbalik. Perhatikan apakah rongga kandung jantung terisi oleh cairan atau darah. Periksa pula akan adanya luka-luka baik pada kandung 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 kandung jantung.

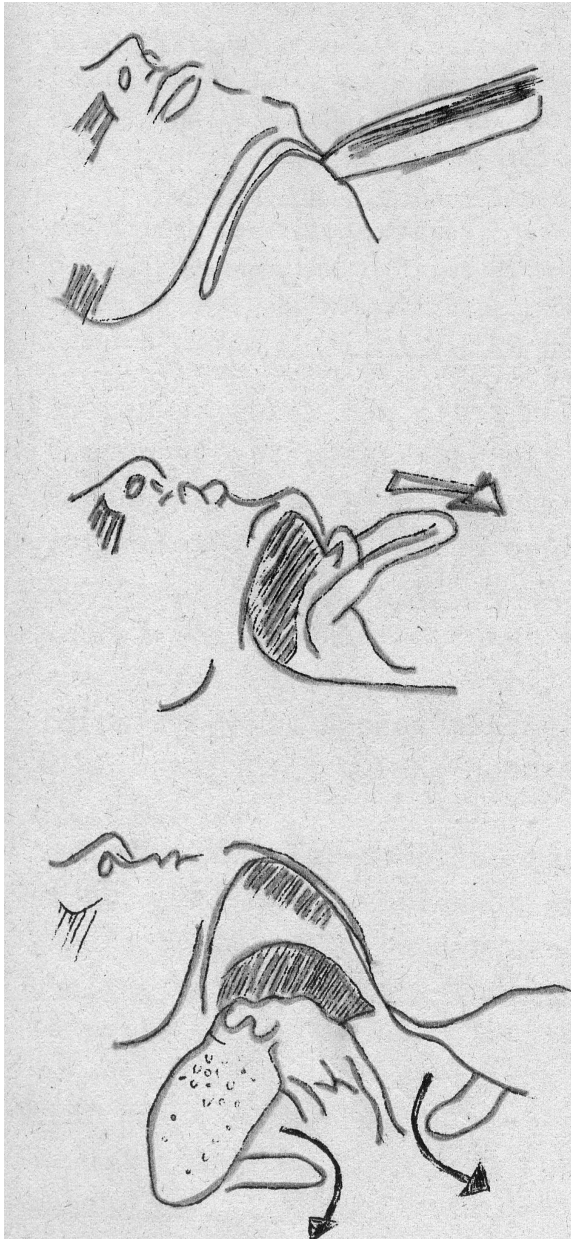


Gambar 7. Mengamati rongga dada  
Tentukan berapa jari kandung jantung  
tampak di antara kedua paru-paru.  
Kandung jantung dibuka dengan gunting  
sesuai huruf Y terbalik.



#### 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.

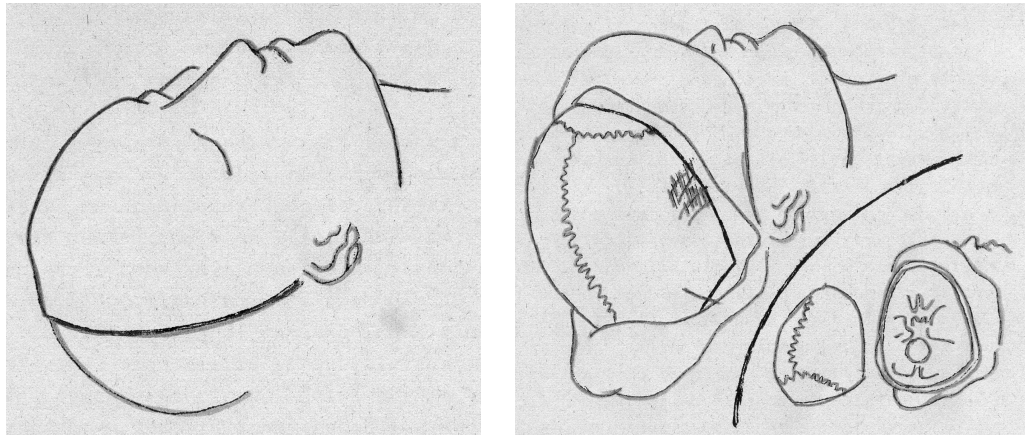
Pengirisan demikian dilakukan sepanjang usus halus sampai daerah ileum terminalis. Pada daerah coecum, pengirisan dilakukan terhadap mesokolon, dengan memotong mesokolon pada bagian lateral dari kolon ascendens. Pada daerah ini, pemotongan harus dilakukan dengan hati-hati, lapis demi lapis agar tidak 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 sejauh 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 penggungtingan 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.

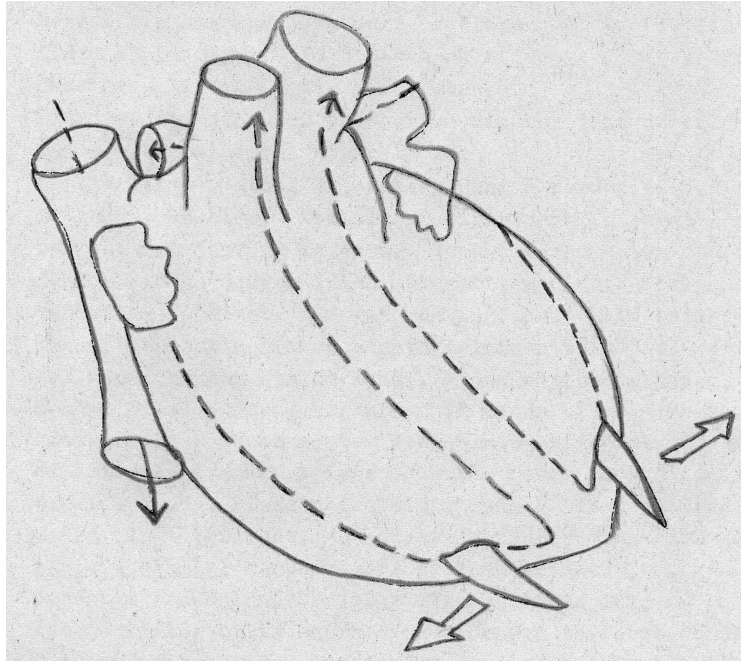
9. Paru-paru.

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 kepalan 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 semilunaris 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, pengguntingan 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.

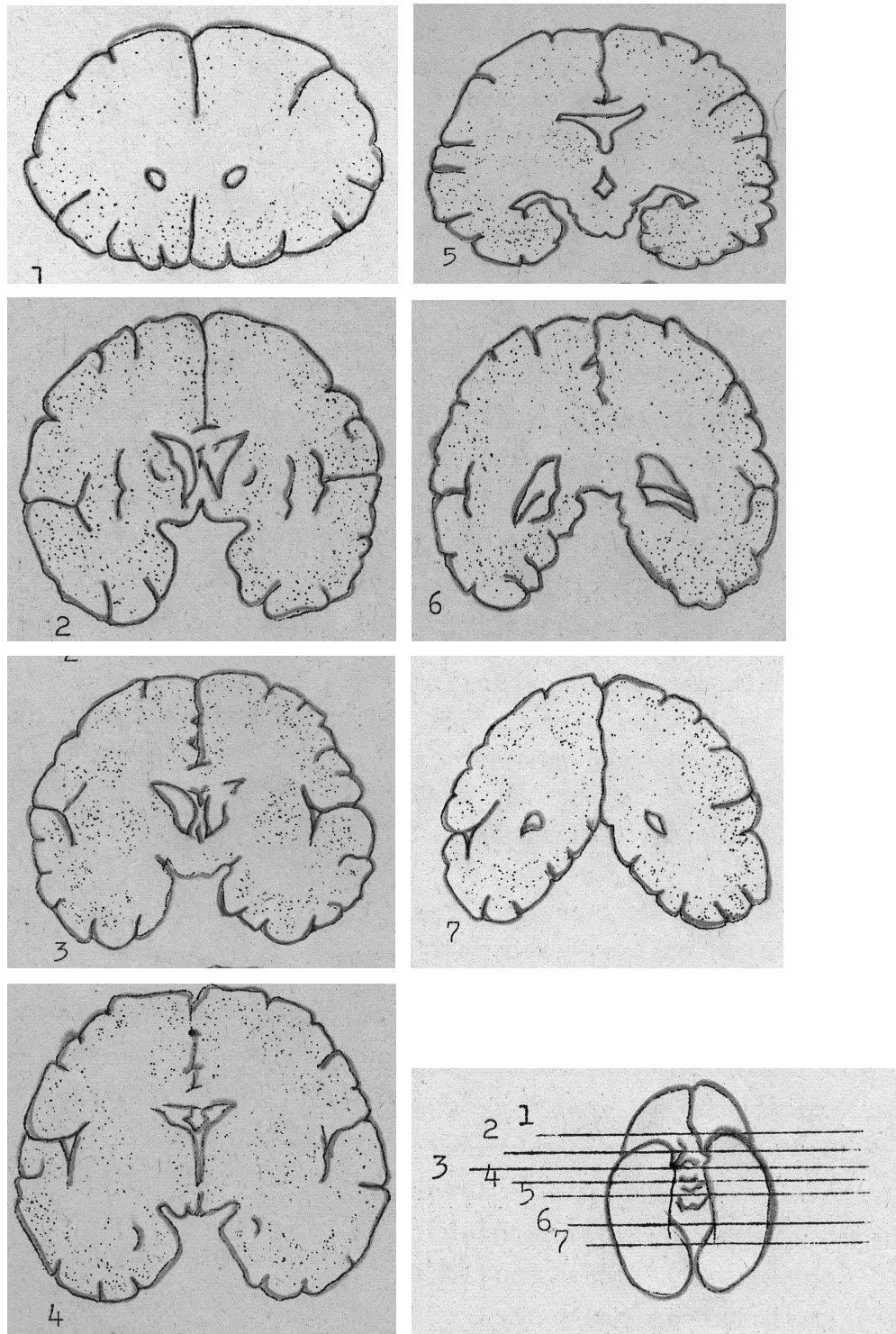
Limpa dilepaskan dari sekitarnya. Limpa yang normal menunjukkan permukaan yang berkeriput, berwarna ungu dengan perabaan lunak kenyal. Buatlah irisan penampang limpa. Limpa normal mempunyai gambaran limpa yang jelas, berwarna coklat-merah dan bila digigit dengan punggung pisau akan ikut jaringan penampang 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.

### **Kesimpulan Visum et Repertum Kecelakaan Lalu Lintas**

Korban meninggal karena perdarahan dalam rongga dada karena kekerasan tumpul pada dada. Perkiraan saat kematian antara jam .... tanggal.... sampai jam ..... tanggal.....

### **Kesimpulan Visum et Repertum Penganiayaan**

Terdapat luka memar pada wajah korban akibat kekerasan tumpul. Korban setuju untuk perawatan. Perawatan lanjutan dilakukan di RS Muwardi bagian bedah dengan registrasi no..... oleh dokter .... spesialis bedah.

### **Kesimpulan Visum et Repertum Lanjutan**

Terdapat luka memar pada wajah korban akibat kekerasan tumpul sesuai dengan Visum et Repertum Lanjutan Registrasi no. .... ternyata memerlukan perawatan selama .... hari. Korban tidak dapat menjalankan mata pencaharian sebagai ..... selama .... hari.

### **Pemeriksaan luar korban meninggal**

- Kepala
- Dada
- Perut
- Extremitas
- Punggung
- Pantat

- Pemeriksaan label
- Pemeriksaan benda disamping mayat
- Pemeriksaan pakaian
- Ciri-ciri identitas fisik
- Ciri-ciri tanatologis
- Perdarahan
- Patah tulang

### **Surat Kematian Wajar**

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

Nama :

Umur :

Alamat :

Tidak 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 .....

Kalau dipanggil sebagai saksi ahli, pemeriksa harus dapat menjalankan hal-hal yang berhubungan dengan hasil pemeriksaan luar, dalam, toksikologi dan Patologi Anatomi secara ilmiah.

## **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