

Informed Consent Tindakan Seksio Sesarea: Studi Metode Campur Penerapan Prinsip Bioetika pada Obstetri dan Ginekologi

Juminten Saimin¹, Yayi Suryo Prabandari², Agung Dewanto³, Retna Siwi Padmawati⁴, Mohammad Hakimi⁵

¹Bagian Obstetri dan Ginekologi / Fakultas Kedokteran / Universitas Halu Oleo

^{1,2,3,4,5}Program Studi Magister Bioetika / Sekolah Pascasarjana / Universitas Gadjah Mada

Korespondensi: inten.azis@gmail.com

Submisi: 08 Oktober 2024; Revisi: 24 November 2025; Penerimaan: 08 Desember 2025

ABSTRACT

Background: Cesarean sections are performed based on medical indications and patient consent. Decision-making sometimes raises an ethical dilemma.

Objective: To analyze the completeness and compliance of informed consent form completion and the bioethical aspects of informed consent in elective cesarean section.

Method: A mixed-method approach with an explanatory sequential design was employed. Quantitative data assessing the completeness and compliance of the informed consent forms were gathered from medical records. Qualitative data to assess the implementation of bioethical aspects through structured interviews with obstetricians, attending physicians, midwives, and patients.

Results: The completeness and compliance rates for filling out the informed consent forms were 72.5% and 71.8%, respectively. Factors hindering proper completion of the forms included disciplinary issues and changes in electronic medical records. Ethical dilemmas regarding informed consent often arise when the primary decision-maker is absent, when patients lack understanding and knowledge, or when patients are participants in health insurance. To address these ethical dilemmas, it is crucial to implement informed consent based on bioethical principles, including autonomy, beneficence, non-maleficence, and justice.

Conclusion: The rates of completeness and compliance in filling out the informed consent forms have not reached 100%. A prima facie analysis that prioritizes the most dominant bioethical principles can provide a solution to resolve ethical dilemmas in decision-making regarding elective cesarean sections.

Keywords: bioethical principles; cesarean section; informed consent

ABSTRAK

Latar Belakang: Seksio sesarea dilakukan atas indikasi medis dan persetujuan pasien. Proses pengambilan keputusan terkadang menghadapi kendala dan dilemma.

Tujuan: Menganalisis kelengkapan dan kepatuhan pengisian lembar informed consent dan aspek bioetika pemberian informed consent pada SC elektif.

Metode: Menggunakan metode campur dengan pendekatan explanatory sequential design. Data kuantitatif untuk menilai kelengkapan dan kepatuhan pengisian lembar informed consent diperoleh dari rekam medik. Data kualitatif untuk menilai penerapan aspek bioetik diperoleh dari wawancara terstruktur dengan dokter Obgin, dokter umum jaga, bidan, dan pasien pasca SC.

Hasil: Kelengkapan dan kepatuhan pengisian lembar informed consent adalah 72,5% dan 71,8%. Kedisiplinan dan perubahan rekam medik elektronik menjadi kendala pengisian formulir informed consent. Pemberian informed consent terkendala ketidakhadiran orang terpenting yang akan mengambil keputusan, kurangnya pemahaman dan pengetahuan pasien, dan pasien peserta asuransi kesehatan sehingga memunculkan dilema. Implementasi informed consent berdasarkan prinsip bioetika, otonomi, beneficence, non- maleficence, dan justice, digunakan untuk menyelesaikan dilema etik dalam pengambilan keputusan.

Kesimpulan: Kelengkapan dan kepatuhan pengisian lembar informed consent belum mencapai 100%. Memilih prinsip bioetika yang lebih dominan nilai dan prioritasnya dengan analisis prima facie menjadi solusi untuk menyelesaikan dilema etik dalam pengambilan keputusan pada SC elektif.

Kata kunci: informed consent; kaidah bioetika; SC; seksio sesarea

PENDAHULUAN

Secara global, angka seksio cesarea (SC) kini mencapai 21% dari seluruh kelahiran. Jumlah ini diperkirakan akan terus meningkat pada dekade mendatang, menjadi hampir sepertiga (29%) dari seluruh kelahiran pada tahun 2030.¹ Tindakan SC dilakukan berdasarkan indikasi dan pertimbangan medis yang bertujuan untuk memperkecil risiko bagi ibu dan bayinya.² Data di sebuah Rumah sakit menunjukkan bahwa plasenta previa, gawat janin, letak sungsang, dan bekas seksio menjadi indikasi utama tindakan SC.³

Tindakan SC tidak sepenuhnya lebih baik jika dibandingkan dengan persalinan pervaginam, masih terdapat risiko yang mungkin timbul yang berkaitan dengan tindakan tersebut. Karena itu sudah selayaknya bahwa tindakan SC dilakukan atas persetujuan dari pasien dan keluarganya setelah mendapat penjelasan dari dokter melalui *informed consent*.^{4,5} *Informed consent* selain bertujuan untuk melindungi pasien juga sebagai penerapan etika dalam hubungan pasien dan dokter. Paradigma hubungan pasien-dokter yang didukung oleh prinsip bioetik menekankan pentingnya pemahaman pasien sebagai sarana untuk mendukung otonomi pasien. Termasuk dalam hal ini adalah pengambilan keputusan dan persetujuan tindakan yang diberikan oleh pasien atau keluarganya setelah mendapat penjelasan lengkap dari dokter dan petugas kesehatan yang terlibat langsung dalam tindakan kedokteran yang akan dilakukan.^{6,7,8}

Tidak jarang dalam proses pengambilan keputusan terdapat kendala yang memicu munculnya suatu dilema etik. Beberapa penelitian mengidentifikasi masih lemahnya implementasi *informed consent*, baik dari pasien maupun pemberi layanan. Sebagian pasien menyatakan tidak mengetahui siapa yang akan melakukan operasi dan tidak mendapat informasi yang cukup mengenai diagnosis, manfaat, dan komplikasi SC.^{9,10} Selain itu dari sisi pemberi layanan, para petugas menemui beberapa hambatan dalam penerapan *informed consent* yaitu keterbatasan waktu, pengetahuan, faktor pasien, lemahnya kebijakan termasuk belum adanya standar

operasional serta alat bantu untuk menjelaskan kepada pasien.^{11,12} Dokter dan petugas kesehatan yang terlibat langsung dalam tindakan berkewajiban memberikan informasi dan penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran yang akan dilakukan agar pasien dapat mengambil keputusan atas tindakan tersebut.⁸

Perkembangan teknologi informasi saat ini membuat pasien dan masyarakat semakin mengerti dan kritis terhadap pelayanan kesehatan, termasuk yang berkaitan dengan praktik dan etika kedokteran. Kondisi ini memberi tantangan tersendiri bagi dokter dan tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan dan melakukan tindakan medis. Pengetahuan dan pemahaman masyarakat yang bervariasi terhadap otonomi pasien, yang saat ini tidak lagi bersifat paternalistik, dapat menimbulkan dilema etik. Dokter dituntut dapat memahami harapan pasien dan keluarganya dalam pengambilan keputusan tindakan medis dan dapat menjamin hubungan yang baik antara dokter dengan pasiennya, meski hal ini terkadang juga menimbulkan dilema etik. Pendekatan bioetik yang sesuai diperlukan untuk menjadi pertimbangan dalam melakukan tindakan dan menyelesaikan berbagai masalah dan dilema etik. Salah satu pendekatan untuk membuat keputusan etik adalah menggunakan prinsip Dasar Bioetika, yaitu *autonomy*, *beneficence*, *non-maleficence*, dan *justice*. Pendekatan Etika Klinik (*four box methods*) dan aliran berpikir etika juga tidak jarang digunakan dalam pengambilan keputusan etik.^{13,14,15}

Keberadaan rumah sakit daerah yang banyak mendapatkan rujukan khususnya kasus Obstetri yang berisiko tinggi, sudah tentu memerlukan perhatian dari sisi etik dan medikolegal. Oleh karena itu penelitian ini bertujuan untuk menganalisis kelengkapan dan kepatuhan pengisian lembar *informed consent* dan aspek bioetika pemberian *informed consent* pada tindakan SC elektif.

METODE

Penelitian ini menggunakan metode campur (*mixed method*) dengan pendekatan *explanatory sequential design*. Metode

kuantitatif untuk memperoleh data kelengkapan dan kepatuhan pengisian lembar *informed consent* tindakan SC. Sedangkan metode kualitatif untuk mengumpulkan informasi dan mendapatkan penjelasan yang lebih mendalam mengenai penerapan prinsip bioetika dalam pemberian *informed consent* pada SC elektif berdasarkan hasil analisis data kuantitatif yang telah diperoleh sebelumnya.

Sampel data kuantitatif diperoleh dengan metode *simple random sampling* dari rekam medik tindakan SC di salah satu rumah sakit rujukan di Kota Kendari selama periode Januari sampai Desember 2023. Kriteria inklusi meliputi SC elektif, janin hidup, dan pasien sendiri yang bertanda tangan. Kriteria eksklusinya adalah SC atas permintaan sendiri. Dari 203 tindakan SC yg memenuhi kriteria, dipilih 82 sampel yang dihitung berdasarkan rumus Slovin dengan tingkat kesalahan 10%. Sampel dipilih secara acak menggunakan tabel random dan dipastikan sampel yang terpilih memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Data kelengkapan analisis lembar *informed consent* mencakup variabel identifikasi identitas, laporan penting, dan autentifikasi.

Data kualitatif diperoleh dari wawancara semi terstruktur yang melibatkan enam informan yang ditentukan dengan metode *purposive sampling*. Informan utama yaitu tiga dokter Obstetri dan Ginekologi (Obgin) yang bertugas di rumah sakit tersebut. Tiga informan tambahan yaitu dokter umum jaga dan bidan yang namanya tercantum pada lembar *informed consent* yang tidak lengkap, serta pasien pasca SC elektif hari kedua dengan keadaan umum baik, bayi hidup, dan bertanda tangan sendiri. Pertimbangan untuk mengikutsertakan informan tambahan adalah karena mereka ikut terlibat dalam pemberian dan pengisian lembar *informed consent* di rumah sakit tersebut. Selain itu informan

tambahan diperlukan untuk triangulasi data agar mengurangi bias saat pengumpulan data. Kriteria eksklusi informan adalah tidak bersedia menjadi informan.

Analisis data kuantitatif secara deskriptif untuk menilai kelengkapan dan kepatuhan pengisian lembar *informed consent*. Analisis data kualitatif dilakukan secara manual dengan langkah pengumpulan data, reduksi data dengan kategorisasi, penyajian data, dan verifikasi data. Uji keabsahan data dilakukan dengan triangulasi data dan pengecekan anggota.

Penelitian ini telah mendapat kelayakan etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Halu Oleo Nomor 039/UN29.17.1.3/ETIK/2024.

HASIL DAN DISKUSI

a. HASIL

Hasil Penelitian Kuantitatif

Data kuantitatif dari 82 lembar *informed consent* tindakan SC elektif di salah satu rumah sakit rujukan dianalisis secara deskriptif untuk menilai kelengkapan dan kepatuhan pengisiannya. Analisis data kelengkapan dan kepatuhan dikelompokkan berdasarkan dokter Obgin yang melaksanakan tindakan SC, yaitu dokter Obgin-1 mengisi 23, dokter Obgin-2 mengisi 40, dan dokter Obgin-3 mengisi 19 lembar *informed consent*.

Tingkat kelengkapan pengisian lembar *informed consent* pada penelitian ini adalah 72,5% dengan kelengkapan masing-masing dokter hampir sama yaitu kurang dari 75% (tertinggi 74,6%). Rerata kelengkapan pengisian komponen *informed consent* berurut yang tertinggi adalah komponen identitas 88,5%, autentifikasi 78,0%, dan laporan penting 51,3%, seperti tampak pada tabel 1 berikut.

Dokter	Identitas		Laporan penting		Autentifikasi		Rerata	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Obgin-1								
Lengkap	17,0	89,5	7,2	37,7	16,0	84,2	13,4	70,5
Tidak lengkap	2,0	10,5	11,8	62,3	3,0	15,8	5,6	29,5
Obgin-2								
Lengkap	20,3	88,4	13,2	57,2	18,0	78,3	17,2	74,6
Tidak lengkap	2,7	11,6	9,8	42,8	5,0	21,7	5,8	25,4
Obgin-3								
Lengkap	35,3	88,3	21,7	54,2	30,0	75,0	29,0	72,5
Tidak lengkap	4,7	11,7	18,3	45,8	10,0	25,0	11,0	27,5
Total								
Lengkap	72,6	88,5	42,1	51,3	64	78,0	59,6	72,7
Tidak lengkap	9,4	11,5	39,9	48,7	18	22,0	22,4	27,3

Tabel. 1. Tingkat kelengkapan pengisian lembar informed consent berdasarkan dokter Obgin yang melaksanakan tindakan

Hasil penelitian ini menunjukkan tingkat kepatuhan pengisian lembar informed consent adalah 71,8% dengan kepatuhan masing-masing dokter hampir sama yaitu kurang dari 75% (tertinggi 74,4%). Rerata kepatuhan pengisian

komponen informed consent berurut yang tertinggi adalah komponen identitas 88,0%, autentifikasi 66,8%, dan laporan penting 51,7%, seperti tampak pada tabel 2 berikut.

Tabel. 2. Tingkat kepatuhan pengisian lembar informed consent berdasarkan dokter Obgin yang melaksanakan tindakan SC

Dokter	Identitas		Laporan penting		Autentifikasi		Rerata	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Obgin-1								
Patuh	16,5	86,8	6,7	35,1	15,8	83,2	13,0	68,4
Tidak patuh	2,5	13,2	12,3	64,9	3,2	16,8	6,0	31,6
Obgin-2								
Patuh	20,2	87,7	13,0	56,5	18,2	79,1	17,1	74,4
Tidak patuh	2,8	12,3	10,0	43,5	4,8	20,9	5,9	25,6
Obgin-3								
Patuh	35,5	88,8	22,7	56,7	20,8	52,1	28,8	71,9
Tidak patuh	4,5	11,3	17,3	43,3	19,2	47,9	11,2	28,1
Total								
Patuh	72,2	88,0	42,4	51,7	54,8	66,8	58,9	71,8

Tidak patuh	9,8	12,0	39,6	48,3	27,2	33,2	23,1	28,2
-------------	-----	------	------	------	------	------	------	------

Hasil Penelitian Kualitatif

Data kualitatif hasil dari wawancara semi terstruktur dengan enam informan mengenai

implementasi dan kendala dalam pengisian lembar *informed consent* dan pemberian *informed consent* ditampilkan pada tabel 3 berikut

Tabel. 3. Implementasi dan kendala dalam pengisian lembar *informed consent* dan pemberian *informed consent*

KATEGORI	KUTIPAN WAWANCARA	ANALISIS
Pemahaman Dokter Obgin dan informan lain terhadap pelaksanaan <i>informed consent</i> .	<p>"... <i>Informed consent</i> sebelum tindakan SC adalah sangat penting..." (IU-3)</p> <p>"...<i>Informed consent</i> itu merupakan prosedur yang wajib dilakukan oleh dokter ataupun petugas kesehatan sebelum melakukan tindakan..." (IU-1)</p> <p>"...<i>Informed consent</i> sebagai hak pasien untuk memilih, tahu kondisinya, dan rencananya... pasien boleh bertanya..." (IU-1)</p> <p>"...Pada <i>informed consent</i> kita memberikan hak kepada pasien untuk menentukan tindakan..." (IU-2)</p>	Informan memahami bahwa <i>informed consent</i> sebelum tindakan SC sangat penting dan wajib dilakukan oleh dokter ataupun petugas kesehatan sebelum melakukan tindakan. Informan juga memahami bahwa <i>informed consent</i> adalah hak pasien untuk mengetahui kondisi dan rencana tindakan, serta untuk memilih dan menentukan tindakan.
Persiapan pemberian <i>informed consent</i> .	<p>"...yang dipersiapkan sebelum <i>informed consent</i> SC terutama kita harus mengetahui keadaan pasien pada saat itu..." (IU-2)</p> <p>"...Yang disiapkan pasiennya kalau pasien masih bisa komunikasi... suaminya atau siapa yang diminta..." (IU-1)</p> <p>"...juga orang terpenting yang akan mengambil keputusan, bukan hanya suami karena seringkali bukan suami yang akan mengambil keputusan..." (IT-1)</p> <p>"...kita menyiapkan form <i>informed consent</i> dan alat tulis... sehingga sewaktu pasien dan keluarga sudah menyetujui kita bisa menyiapkan lembar <i>informed consent</i> yang akan ditandatangani oleh pasien dan keluarganya..." (IU-3)</p>	Informan mengetahui bahwa sebelum <i>informed consent</i> terlebih dahulu harus mempersiapkan orang terpenting yang akan mengambil keputusan, yaitu pasiennya sendiri bila pasien masih bisa berkomunikasi dengan suaminya atau keluarga terdekat yang dikehendaki, serta menyiapkan lembar <i>informed consent</i> yang akan ditandatangani oleh pasien dan keluarganya.
Implementasi <i>informed consent</i> dan pendelegasian wewenang.	<p>"...Pada saat di poli pun sebelum pasien rawat inap kami juga sudah melakukan <i>informed consent</i>..." (IU-1)</p> <p>"...<i>informed consent</i> dokter di poli... Saat masuk RS dokter umum jaga dan bidan mengisi kemudian bidan melapor..." (IT-2)</p> <p>"...tetap kami <i>informed consent</i> dok, kami menerima pasien dengan surat pengantar dari poli <i>informed consent</i> diberikan lagi saat masuk rumah sakit..." (IT-1)</p> <p>"...kita butuh bantuan petugas yang lain dan harus kerjasama untuk bisa mengisi <i>informed consent</i> dengan benar dan baik karena kadang berkasnya tidak ada saat akan operasi karena sudah digital..." (IU-2)</p>	Implementasi <i>informed consent</i> telah dilakukan oleh dokter Obgin di poliklinik sebelum pasien masuk perawatan dan dilakukan oleh dokter umum jaga dan bidan pada saat pasien masuk rumah sakit. Pemberian dan pengisian lembar <i>informed consent</i> pada saat pasien masuk rumah sakit ini merupakan bentuk kerjasama dan pendelegasian wewenang dari dokter Obgin kepada dokter umum jaga dan bidan.
Kendala	"...setiap akan melakukan tindakan kita selalu	Kendala informan dalam mengisi dan

mengisi dan memberi *informed consent*... hanya disiplin untuk melengkapi lembar *informed consent* mengisi dan melengkapi pengisiannya yang belum..." (IU-3) adalah kedisiplinan dan perubahan lembar "..."Masalahnya kadang status entah dimana saya sistem rekam medik elektronik. *informed* menulis sudah di SIMRS..." (IU-2) *consent*. "...Sekarang tidak lengkap mungkin karena berkasnya tidak ada saat akan operasi karena sudah digital..." (IU-3)

<p>Kendala pemberian <i>informed consent</i>.</p>	<p>“...umumnya kita mengambil tindakan itu tergantung dari hasil pemeriksaan, kalau hasil pemeriksaan agak lama biasa kita harus menunggu hasil pemeriksaannya, terutama yang menyangkut yang sangat krusial... hambatan sekira hanya pada mungkin kita harus menunggu beberapa pemeriksaan untuk dapat kita memberikan keputusan informed consent untuk tindakan...” (IU-2)</p> <hr/> <p>“...Pernah pasien menolak dan minta berpikir karena kurang pemahamannya, terkait dengan bahasa dan pengetahuan pasien dan keluarganya...” (IU-1)</p> <hr/> <p>“...Memang dari bahasa daerah yang mungkin masih sangat kental... ada beberapa yang menolak tindakan karena ada ketakutan terhadap tindakan yang akan kita berikan...” (IU3)</p> <hr/> <p>“...karena keluarga tidak menyetujui untuk tindakan sehingga pasiennya ikut tidak menyetujui tindakan...” (IU-3)</p> <hr/> <p>“...Hambatan yang paling sering adalah suami tidak ada, mungkin pulang ambil baju, atau pergi melaut. Kadang yang antar sepupu, lebih muda. Kita menunggu yang paling terdekat...” (IT-1)</p> <hr/> <p>“...Kadang walaupun ada pasien dan keluarga yang menunggu di situ tapi bukan mereka pasien dan keluarga pasien itu yang bisa mengambil keputusan...” (IU-2)</p> <hr/> <p>“...kalau pasien BPJS eee saya jelaskan dengan baik, saya sampaikan aturan di BPJS ada batas waktunya... tapi tidak dipaksakan silakan menunggu dan berunding...” (IT-1)</p>	<p>Kendala informan dalam pemberian <i>informed consent</i> adalah menunggu hasil pemeriksaan yang memerlukan waktu lama. Selain itu terkendala bila pasien menolak dan minta berpikir dulu karena pemahaman dan pengetahuannya kurang, atau pengambilan keputusan yang dipengaruhi oleh keluarga. Kendala juga terjadi bila suaminya tidak berada di tempat dan pasien diantar oleh keluarga yang belum cukup umur, atau karena budaya kekerabatan dan kekeluargaan yang kuat sehingga pengambilan keputusan dilakukan oleh keluarga yang dianggap berpengaruh dan bukan oleh pasien dan suaminya. Begitupun kendala terjadi pada pasien peserta asuransi kesehatan yang waktu tunggu terbatas.</p>
---	--	--

Tabel-3 di atas menunjukkan bahwa dari hasil wawancara terdapat lima kategori dalam implementasi *informed consent* tindakan SC elektif yaitu pemahaman dokter Obgin dan petugas terhadap pelaksanaan *informed consent*,

persiapan pemberian *informed consent*, implementasi *informed consent* dan pendelegasian wewenang, kendala pengisian lembar *informed consent*, dan kendala pemberian *informed consent*.

Tabel. 4. Penerapan Prinsip Dasar Bioetik dalam *informed consent*

ASPEK ETIK	KUTIPAN WAWANCARA	ANALISIS
Prinsip otonomi.	<p>“...Dari aspek otonomi pasien punya hak untuk tahu dan pasien terlibat untuk memutuskan...” (IT-1)</p> <p>“...untuk kelengkapan <i>informed consent</i> itu kita bisa memberikan berbagai informasi mengenai tindakan yang kita lakukan, komplikasi yang dapat terjadi, mengapa kita harus melakukan tindakan SC ini...” (IU-2)</p> <p>“...jadi pasien memang berhak untuk menentukan tindakan apa yang bisa kita lakukan kepada pasien...” (IU-2)</p> <p>“...semua keputusan pasien dan keluarga kita hargai kita akan mengulangi lagi sambil kita berharap menandatangani penolakan tindakan bila belum bersedia...” (IU-1)</p> <p>“...Karena tidak bisa kita ambil keputusan sendiri dok... karena biar bagaimana kalau ada apa-apa tetap juga orang tua yang mengurus kita dok jadi ya kita tunggu juga orang tua datang. Sudah dijelaskan operasi tapi kita ikuti juga saran dokter masuk rumah sakit...” (IT-3)</p>	<p>Informan telah menjalankan prinsip otonomi dan memahami bahwa pasien mempunyai hak untuk mengetahui kondisi dan rencana tindakan serta memilih dan menentukan tindakan yang akan dilakukan terhadap dirinya. Pasien mempunyai hak untuk menyetujui atau menolak tindakan yang direkomendasikan oleh dokter atau petugas kesehatan, serta menentukan siapa yang akan menjadi pengambil keputusan sesuai dengan kompetensinya.</p>
Prinsip <i>beneficence</i>	<p>“... kita selalu memberikan keuntungan benefit kepada pasien dan tidak menimbulkan kerugian kepada pasien...” (IU-2)</p> <p>“... Alasan kemanusiaan ingin menolong... jadi kalau ada tanda tangan suami berarti setuju...” (IU-1)</p> <p>“...hanya kalau memang harus kita segera melakukan tindakan karena emergensi, kita bisa minta bahkan mendesak keluarga untuk mengambil keputusan segera berkaitan dengan tindakan SC karena itu menyangkut keselamatan ibu dan bayi. Ada 2 yang harus diselamatkan jadi harus segera...” (IU-2)</p>	<p>Informan telah menjalankan prinsip <i>beneficence</i>, yaitu memberi manfaat yang sebesar-besarnya pada pasien untuk menyelamatkan ibu dan bayinya.</p>
Prinsip <i>non-maleficence</i>	<p>“...Namun keputusan yang kita ambil itu tetap harus mengarah ke memberikan keuntungan kepada pasien dan tidak merugikan...” (IU-2)</p> <p>“...terkadang kita sudah begitu ingin untuk melakukan tindakan tapi pasien masih berpikir masih meminta saran minta petunjuk dari keluarga yang lain... kita berburu dengan kasus kegawatdaruratan yang bisa menyebabkan kerugian atas keselamatan ibu dan janin... Jadi kita bisa lebih mendesak keputusan lebih cepat... karena apapun penundaan tindakan bisa berakibat pada keselamatan ibu dan janin...” (IU-2)</p> <p>“...Untuk beberapa kasus yang memang masih meragukan biasanya saya review kembali diagnosisnya kemudian tindakan yang akan dilakukan kepada pasien sampai benar-benar pasien itu merasa yakin dan tenang untuk dilakukan tindakan, ...sehingga nantinya akan menimbulkan kesan yang tenang, pasiennya setuju dan tidak akan menimbulkan morbiditas dan mortalitas ibu dan bayinya...” (IU-3)</p>	<p>Informan telah menjalankan prinsip <i>non-maleficence</i>, yaitu mencegah kerugian yang dapat terjadi dari tindakan SC dengan mengurangi risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi baik pada ibu maupun janin. Dokter telah berusaha melakukan tindakan SC tepat waktu, memastikan indikasi dan pengambilan keputusan yang baik dari pasien dan keluarganya sehingga tidak menimbulkan dampak yang merugikan pada ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikis.</p>

Prinsip <i>justice</i>	<p>“...Ada aspek <i>justice</i> di situ harus ada kesetaraan dalam kita memberikan <i>informed consent</i>...” (IU-2)</p> <p>“...Kalau suaminya pun meminta dia harus didampingi dengan keluarga yang lain yaa saya ikuti, asalkan pada saat itu, karena ndak mungkin gara-gara itu kita tertunda lagi. Karena kalau pasien-pasien yang emergensi yaa, yang penting dia sudah ada kesepakatan dari penanggung jawab langsung, kemudian ada saksi ya sudah cukup...” (IU-1)</p> <p>“...kalau memungkinkan harus diberi tahu mengenai biaya kalau memang mereka memilih menjadi pasien umum...” (IU-2)</p>	Informan telah menjalankan prinsip <i>justice</i> , yaitu memberi kesetaraan dalam <i>informed consent</i> , sehingga semua ibu hamil memperoleh kesetaraan dalam aksesibilitas, ketersediaan, dan kualitas dalam tindakan SC. Begitupun pasien mendapat kesetaraan dalam aspek keterjangkauan dan pembiayaan.
---------------------------	--	--

Dari Tabel-4 di atas, peneliti melihat bahwa informan telah melakukan *informed consent* berdasarkan kaidah bioetik yang menghargai otonomi pasien dengan memberi kesempatan pasien untuk menentukan pilihan tindakan setelah diberi penjelasan. Dokter juga menerapkan prinsip *justice* yaitu memberi kesetaraan untuk mendapat penjelasan mengenai kondisi dan pilihan tindakan, dalam aksestabilitas dan kualitas tindakan untuk menjamin keselamatan ibu dan bayinya, serta aspek keterjangkauan dan pembiayaan. Begitupun, informan dokter juga mengedepankan prinsip *beneficence* dan *non-malficence* bagi ibu dan bayinya karena keselamatan pasien adalah hal yang utama dalam pelayanan kesehatan.

b. DISKUSI

Implementasi dan kendala dalam pengisian lembar *informed consent* dan pemberian *informed consent*

Kelengkapan dan kepatuhan pengisian lembar *informed consent* pada penelitian ini belum mencapai target 100% seperti yang dikehendaki pada Permenkes Nomor 129/Menkes/SK/III/2008 tentang Standar Minimal Rumah Sakit.¹⁶ Hasil ini tidak jauh berbeda dengan yang didapatkan pada penelitian mengenai pengisian *informed consent* pada pasien rawat inap dan pasien pembedahan yang dilakukan di rumah sakit lain.^{17,18} Perlu menjadi perhatian kita bersama bahwa lembar *informed consent* merupakan bukti tertulis yang mendokumentasikan proses dan keputusan atas tindakan yang dilakukan terhadap diri pasien.¹⁶

Sebagai sebuah dokumen, lembar *informed consent* berisi tentang identitas, laporan

penting, dan autentifikasi. Berdasarkan wawancara, rendahnya persentase pengisian komponen laporan penting ini adalah akibat tidak adanya kolom penjelasan mengenai pembiayaan pada formulir tersebut. Pembiayaan merupakan salah satu isi dalam laporan penting yang harus tercantum pada lembar *informed consent*, yaitu apakah pasien membayar secara mandiri atau melalui asuransi pembiayaan kesehatan.⁸ Ketidaklengkapan komponen pada lembar *informed consent* juga ditemukan di negara lain seperti Jerman, sehingga diperlukan suatu standar dari *informed consent*.¹⁹ Namun demikian, meski kelengkapan dan kepatuhan pengisian lembar *informed consent* belum mencapai target, peneliti menilai bahwa implementasi *informed consent* tindakan SC sudah berjalan, baik secara lisan maupun tertulis. Ketidaklengkapan dan kepatuhan pengisian lembar *informed consent* berkaitan dengan ketidakdisiplinan petugas dan kondisi rumah sakit yang sedang melakukan perubahan sistem pencatatan rekam medik elektronik.

Hasil wawancara menunjukkan semua informan memahami dengan baik aspek etik mengenai pentingnya *informed consent* sebelum tindakan SC. Dokter Obgin memahami bahwa pasien memiliki hak otonomi untuk dilibatkan dalam pengambilan keputusan. Pemahaman ini diungkapkan informan bahwa pemberian informasi mengenai kondisi ibu dan janinnya, diagnosis dan rencana tindakan, komplikasi yang mungkin timbul, alternatif tindakan dan komplikasinya, serta prognosis, dilakukan oleh dokter Obgin sebagai pemberi layanan kesehatan.

Selain itu pemahaman juga tergambar dari ungkapan informan bahwa penjelasan mengenai pembiayaan sebagai salah satu komponen kelengkapan dari informasi penting yang harus disampaikan. Semua informan juga mengungkapkan bahwa penjelasan adalah rangkaian hak otonomi pasien untuk memilih dan menentukan pilihan tindakan dalam proses pengambilan keputusan terhadap tindakan yang akan dilakukan.

Pemahaman informan mengenai aspek etik *informed consent* tindakan SC juga telah mendasari persiapan pemberian *informed consent* yang dilakukan. Selain mempersiapkan keterangan mengenai kondisi pasien, diagnosis, dan rencana tindakannya, juga dipersiapkan orang terpenting yang akan mengambil keputusan, yaitu pasien dan suaminya atau keluarga terdekat yang dikehendaki yang akan mengambil keputusan, karena bisa jadi bukan pasien dan suami yang akan mengambil keputusan. Begitupun lembar *informed consent* yang akan ditandatangani juga dipersiapkan.

Hasil wawancara dengan para informan mendapatkan bahwa implementasi *informed consent* SC elektif di rumah sakit tersebut sebagian dilakukan melalui proses pendelegasian wewenang kepada dokter umum jaga dan bidan. Hal ini tergambar dari ungkapan Dokter Obgin sebagai penanggung jawab yang telah menjelaskan secara lisan kepada pasien dan keluarganya mengenai kondisi pasien, diagnosis dan rencana tindakan, serta beberapa hal yang dianggap perlu di poliklinik. Kemudian pada saat pasien masuk rumah sakit, dokter umum jaga dan

bidan yang bertugas akan memberikan penjelasan dan *informed consent* kembali berdasarkan surat pengantar dokter dari poliklinik yang berisi diagnosis dan rencana tindakannya dan selanjutnya mengisi formulir *informed consent*.

Mekanisme pendelegasian ini bisa berdampak positif sebagai bentuk kerjasama saling membantu, berbagi tugas untuk melengkapi sehingga secara etik dapat menguatkan *informed consent*, atau setidaknya pendelegasian ini dapat menjadi salah satu cara untuk meningkatkan kelengkapan dan kepatuhan pengisian lembar *informed consent*. Namun, di sisi lain hal ini dapat menimbulkan dampak negatif apabila tidak ada pembagian tugas yang jelas sehingga masing-masing akan saling berharap. Tidak ada aturan yang secara khusus menyebutkan mengenai pendelegasian pemberian *informed consent* pada pasien dan keluarganya. Oleh karena itu, pada kondisi dimana tidak memungkinkan dokter Obgin untuk langsung menemui pasien dan keluarganya, maka dapat dilakukan pendelegasian wewenang kepada orang yang berkompeten dan setelah dokter Obgin hadir, maka dokter Obgin harus memeriksa dan memastikan kembali pemberian informasi dan *informed consent* tersebut secara langsung untuk menghormati otonomi pasien.²⁰

Dalam wawancara, informan mengemukakan terdapat beberapa kendala pemberian *informed consent* di rumah sakit tersebut. Salah satu informan mengungkapkan bahwa pemberian *informed consent* kadang tertunda akibat terkendala dengan hasil pemeriksaan penunjang yang lama selesai. Selain itu, berkaitan dengan posisi rumah sakit rujukan

maka pemberian *informed consent* juga sering terkendala akibat pemahaman pasien dan keluarga yang kurang terkait dengan bahasa yang digunakan atau karena tingkat pengetahuannya. Pemahaman yang kurang ini dapat berakibat memunculkan rasa khawatir atau ketakutan pada diri pasien dan keluarganya terhadap tindakan SC yang akan dilakukan. Begitupun pemahaman yang kurang menyebabkan pasien hanya bergantung pada keluarganya, seperti yang diungkapkan oleh salah satu informan bahwa pasien tidak menyetujui tindakan karena keluarganya tidak setuju.

Pengaruh keluarga juga dipengaruhi oleh budaya kekerabatan dan kekeluargaan yang kuat di daerah ini sehingga keputusan ditentukan oleh keluarga yang dianggap berpengaruh atau yang "dituakan" dan bukan oleh pasien dan suami yang menjadi pengambil keputusan. Kendalapun akan muncul saat pasien mengikuti saran masuk rumah sakit untuk dilakukan SC, namun yang akan pengambilan keputusan bukan pasien tetapi suami atau keluarga yang belum hadir atau tidak berada di tempat pada saat itu. Sebenarnya sudah jelas dalam Permenkes tentang persetujuan tindakan kedokteran disebutkan bahwa yang memiliki kompetensi untuk mengambil keputusan adalah pasien dan keluarga terdekat.⁸ Namun karena budaya kekeluargaan yang masih sangat kuat di daerah maka seringkali pasien menunggu orang tua atau keluarga yang dianggap paling berpengaruh dalam keluarganya untuk menentukan pilihan tindakan. Pengaruh suami dan keluarga dalam proses pengambilan keputusan untuk tindakan SC juga ditemukan di wilayah Afrika.²¹

Kendala juga seringkali muncul bila pasien tersebut sebagai peserta asuransi kesehatan yang dibatasi waktu perawatan atau memiliki waktu tunggu yang terbatas untuk mengambil keputusan. Di satu sisi pasien dan keluarga mempunyai hak untuk menentukan tindakan terhadap dirinya, namun di sisi lain pasien sebagai peserta asuransi kesehatan memiliki batas waktu untuk perawatan. Hal ini tidak berbeda dengan yang ditemukan pada penelitian sebelumnya bahwa keterbatasan waktu, pengetahuan, faktor pasien, dan belum adanya standar operasional menjadi hambatan *informed consent*.^{11,12}

Penerapan Prinsip Dasar Bioetik pada *informed consent* tindakan SC elektif

Tindakan SC kadang-kadang merupakan pilihan yang dilematis karena di satu sisi untuk menyelamatkan ibu dan bayinya namun di sisi lain meningkatkan morbiditas keduanya. Pada pemberian *informed consent* tindakan SC tidak jarang dokter menghadapi kendala yang pada akhirnya memunculkan sebuah dilema. Seorang dokter dituntut mampu untuk menyelesaikan berbagai dilema sesuai dengan prinsip dasar bioetik dan etika kedokteran yang berlaku.

Dalam wawancara terungkap bahwa dokter mengutamakan prinsip *prima facie* sebagai langkah dalam pengambilan keputusan tindakan, yaitu dengan memilih prinsip atau kaidah yang lebih dominan nilai dan prioritasnya berdasarkan prinsip dasar bioetika dan etika klinik.^{20,22} Pada penelitian ini informan menyampaikan bahwa dokter memberi kesempatan pasien untuk menunggu keluarga, sambil berpikir dan berdiskusi untuk mengambil keputusan atas

rekomendasi SC yang akan dilakukan. Selanjutnya dokter akan memberi penjelasan kembali agar pasien mengambil keputusan demi kebaikan ibu dan bayinya atau menawarkan mencari *second opinion*. Namun, apabila kondisi mengarah pada keadaan emergensi maka dokter akan menjelaskan agar pasien sesegera mungkin mengambil keputusan untuk menyelamatkan ibu dan bayinya.

Di sini tergambar bahwa dokter melakukan *informed choice* dan *informed consent* berdasarkan kaidah bioetik yang menghargai otonomi pasien, yaitu memberi kesempatan pasien untuk menentukan pilihan tindakan atas dirinya setelah diberikan penjelasan. Selain itu dokter juga menerapkan prinsip *justice* yaitu memberi kesetaraan mendapatkan penjelasan mengenai kondisi pasien dan pilihan tindakan, kesetaraan dalam aksestabilitas dan keterjangkauan, serta kualitas tindakan untuk menjamin keselamatan ibu dan bayinya. Namun pada batas waktu tertentu atau saat kondisi berubah menjadi emergensi maka dokter akan lebih mengedepankan prinsip *beneficence* dan *non-maleficence* bagi ibu dan bayinya. Persepsi atas pengambilan keputusan ini dibenarkan secara etik karena kesehatan dan keselamatan pasien adalah hal yang utama dalam pelayanan kesehatan.

Dari aspek bioetika, sesungguhnya di sini dokter dihadapkan dalam dilema etik antara menghormati hak autonomi pasien atau bersikap adil memberi kesempatan, atau berbuat baik menolong dan tidak merugikan ibu dan bayinya. Di sini tampak adanya kaidah bioetika yang saling berkaitan, yaitu autonomi yang merupakan hak

dasar pasien yang secara etik harus dihormati dan dijunjung tinggi, *justice* sebagai prinsip moral dengan mengutamakan kesetaraan tindakan, *beneficence* sebagai prinsip moral dengan mengutamakan kebaikan pasien, serta *non-maleficence* sebagai prinsip moral yang melarang berbagai tindakan yang mungkin dapat memperburuk keadaan pasien. Pada kondisi inilah perspektif informan dalam teori bioetika sesuai dengan aspek *prima facie*, dimana pada saat dokter diperhadapkan dalam suatu dilema etik, dalam hal ini pasien belum mengambil keputusan karena pengetahuan dan pemahamannya yang kurang atau karena masih menunggu keluarganya yang tidak berada di tempat untuk mengambil keputusan, maka dokter dengan mempertimbangkan kondisi ibu dan bayinya akan mengutamakan keamanan pasien dan memilih prinsip bioetik yang lebih diprioritaskan dengan segala konsekuensi dan akibatnya.²³ Pemahaman pasien dan keluarga serta dokter dan pemberi layanan terhadap hak otonomi sangat diperlukan untuk mengurangi munculnya dilema etik yang diakibatkan oleh pengambilan Keputusan yang tidak menyeimbangkan antara otonomi dan prinsip moral yang lainnya.²⁴

Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa informan telah mengimplementasikan Kode Etik Kedokteran Indonesia dalam pengambilan keputusan, bahwa seorang dokter harus melaksanakan profesinya dengan standar profesi tertinggi dengan mengingat kewajibannya untuk melindungi hidup insani, bersikap tulus dan ikhlas, serta mempergunakan ilmunya untuk kepentingan pasien.²⁵ Upaya dokter mengambil keputusan dan

tindakan sesuai dengan situasi dan kondisi pasien dengan mempertimbangkan kaidah bioetika dan cara berpikir etik merupakan langkah penanganan yang dapat diterima oleh pasien sehingga dapat menjadi solusi dalam menyelesaikan dilema etik yang terjadi.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian disimpulkan bahwa kelengkapan dan kepatuhan pengisian lembar *informed consent* pada tindakan SC belum mencapai target 100%. Kedisiplinan dan perubahan pengisian rekam medik elektronik merupakan hambatan yang dialami dalam pengisian lembar *informed consent*. Proses pengambilan keputusan pada SC elektif akan memunculkan dilema etik bila orang terpenting dalam keluarga yang kompeten mengambil keputusan tidak hadir, atau bila pemahaman dan pengetahuan pasien dan keluarganya kurang, serta bila pasien adalah peserta asuransi kesehatan. Analisis *prima facie* menjadi solusi untuk menyelesaikan dilema etik dalam pengambilan keputusan, yaitu dengan memilih prinsip atau kaidah yang lebih dominan nilai dan prioritasnya berdasarkan aspek kaidah dasar bioetika (*otonomi, justice, beneficence* dan *non-maleficence*)

Peneliti merekomendasikan untuk melakukan pengembangan sistem digital rekam medis yang mencakup kelengkapan *informed consent* dan meningkatkan pemahaman dokter dan petugas kesehatan, serta pasien dan keluarganya bahwa *informed consent* merupakan hak dasar pasien bukan hanya sekadar formalitas, serta menekankan implementasi *informed consent* pada setiap tindakan untuk menyelesaikan dilema etik dalam pengambilan keputusan.

REFERENSI

1. World Health Organization. 2021. Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access. Department of Reproductive Health and Research World Health Organization. <https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access>
2. Saifuddin AB, Rachimhadhi T, Wiknjosastro H. 2014. Ilmu Kebidanan. Ed 4. Cet Keempat. Jakarta: Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
3. Satria HR, Kardana IM, Adnyana IGS. 2020. Karakteristik luaran bayi yang lahir dengan SC di RSUP Sanglah Denpasar. Jurnal Medika Udayana 2020; 9(10): 74-79.
4. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe J. 2014. Williams obstetrics. 24th ed, Washington DC: McGraw Hill Companies.
5. POGI. 2022. SC: Panduan Klinis. Jakarta: Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia (POGI).
6. Hammami MM, Al-Gaai EA, Al Jawarneh Y, Amer H, Hammami MB, Eissa A, et al. 2014. Patients'perceived purpose of clinical informed consent: Mill's individual autonomy model is preferred. BMC Med Ethics 2014;15: 1–12.
7. Basukala S, Shrestha O, Thapa N, Karki S, Pandit A, Thapa BB, Thapa A. 2023. How informed is informed consent?—Evaluating the quality of informed consent among surgical patients in a tertiary care hospital in Nepal. PLoS ONE 2023;18(7): e0288074.

8. Kemenkes RI. 2008. Peraturan Menteri Kesehatan RI (Permenkes) Nomor 290/MenKes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
9. Ababulgu SN, Ethiopia SS, Bekele D. 2022. The quality of informed consent in caesarean section at a tertiary hospital in Addis Ababa, Ethiopia. *International Journal of Women's Health* 2022;14: 1361–1369.
10. Chane W, Birhanu B, Suga Y. 2020. Quality of informed consent among patients who underwent major surgical procedure in a tertiary care hospital, Addis Ababa, Ethiopia. *Dove Press Journal: Open Access Surgery* 2020;13: 27-33.
11. Bakker W, Zethof S, Nansongole F, Kilowe K, Roosmalen J, Akker T. 2021. Health workers' perspectives on informed consent for caesarean section in Southern Malawi. *BMC Med Ethics* 2021;22(33): 1-11.
12. Satiti YR, Dewanto A, Susilo H. 2015. Penyampaian informasi oleh perawat dalam persetujuan tindakan medis di rumah sakit: Permasalahan dan Solusi. *Jurnal Kedokteran Brawijaya* 2015; 28 Supl.2:170-173.
13. Beauchamp T, Childress J. 2019. *Principles of Biomedical Ethics*. 7th Edition. UK: Oxford University Press.
14. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. 2010. *Clinical ethics: a practical approach to ethical decisions in clinical medicine*, 5th ed. New York: McGraw-Hill.
15. Torbjorn T. 2013. *Understanding ethics: an introduction to moral theory*. 3th. Edinburgh: Edinburgh University Press Ltd.
16. Kemenkes RI. 2008. Peraturan Menteri Kesehatan RI (Permenkes) Nomor 129/MenKes/Per/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
17. Wicaksono J, Farlinda S, Purba TM. 2022. Analisis kelengkapan pengisian lembar informed consent pada pasien rawat inap di RS Pusat Pertamina. *RAMMIK: Jurnal Rekam Medik dan Manajemen Informasi Kesehatan* 2022;1(1):56-63.
18. Wulandari M, Wasono HA, Lestari SMP, Maitsya AN. 2019. Analisis kelengkapan pengisian informed consent tindakan bedah di Rumah Sakit Pertamina Bintang Amin Tahun 2018. *Jurnal Ilmu Kedokteran dan Kesehatan* 2019;6(2):98-104.
19. Lühnen J, Mühlhauser I, Steckelberg A. 2018. The quality of informed consent forms— a systematic review and critical analysis. *Dtsch Arztebl Int* 2018; 115:377–83. DOI: 10.3238/arztebl.2018.0377.
20. Mursyid M, Dewanto A, Hakimi M, Prabandari YP, Sastrowijoto S, Nasrudin. 2022. Analisis *presumed consent* pada penanganan kasus kegawatdaruratan obstetri dari persepsi dokter dan pasien. *Jurnal Kesehatan Reproduksi* 2022;10(2):83-93.
21. Kotaska A. 2017. *Informed consent and refusal in obstetrics: A practical ethical guide*.

- Birth 2017; 44:195–199. DOI: [10.1111/birt.12281](https://doi.org/10.1111/birt.12281)
22. Mappaware NA, Dewanto A, Hakimi M, Sastrowijoto S, Kusmaryanto, Mursyid M. 2022. Pengambilan keputusan dokter dan pasien terhadap tindakan sectio caesarea atas permintaan sendiri berdasarkan kaidah autonomi. *Window of Health: Jurnal Kesehatan* 2022; 5(1):102-116.
 23. ACOG. 2021. Informed consent and shared decision making in obstetrics and gynecology. ACOG Committee Opinion No. 819. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet. Gynecol.* 2021;137: e34–41.
 24. Faysal S, Penn-Kekana L, Tripathi V, Khan F, Day LT, Stafford R, Levin K, Campbell O, Filippi V. 2023. Counseling, informed consent, and debriefing for cesarean section in sub-Saharan Africa: A scoping review. *Int. J. Gynecol. Obstet.* 2023; 00: 1-16. DOI: [10.1002/ijgo.15079](https://doi.org/10.1002/ijgo.15079).
 25. MKEK. 2004. Kode Etik Kedokteran Indonesia dan Pedoman Pelaksanaan Kode Etik Kedokteran Indonesia. Jakarta: Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Indonesia (MKEK).