

Pengetahuan, Sikap, Kesadaran, dan Harapan Pegawai Terhadap Eksistensi Komite Etik dan Hukum di RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh

Taufik Suryadi^{1,2,3*}, Nurul A'la², Kulsum^{3,4}

¹ KSM Kedokteran Forensik dan Medikolegal, ² Komite Etik dan Hukum, ³ Subkomite Etik dan Disiplin Profesi - Komite Medik, ⁴ KSM Anestesiologi dan Terapi Intensif- RSUD dr. Zainoel Abidin
Jl. Teuku Moh. Daud Beureueh No.108 Banda Aceh

*E-mail: taufik.suryadi.ts@gmail.com

Abstrak

Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit (KEHRS) dapat menjadi sarana efektif dalam mengusahakan saling pengertian antara berbagai pihak yang terlibat seperti dokter, perawat, tenaga kesehatan lainnya, pasien, keluarga pasien dan masyarakat tentang berbagai masalah etika, hukum, dan kedokteran di rumah sakit. Keberhasilan sistem pelayanan kesehatan bergantung pada tenaga kesehatan yang dibekali dengan pengetahuan yang baik, sikap positif, dan kesadaran yang penuh terhadap eksistensi KEHRS. Diperlukan penelitian yang dapat menjadi masukan terhadap perbaikan kinerja KEHRS di masa depan. Jenis penelitian ini adalah analitik observasional dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan informasi tentang tingkat pengetahuan, sikap, kesadaran serta harapan pegawai RSUD dr. Zainoel Abidin (RSUDZA) Banda Aceh terhadap eksistensi KEHRS. Penelitian dilakukan selama 4 bulan, mulai dari Mei hingga Oktober 2021 di RSUDZA, melibatkan seluruh pegawai RSUDZA yang dipilih secara proporsional untuk masing-masing profesi dan jenis pekerjaan dengan 280 orang partisipan. Sebanyak 273 orang (97.5%) memiliki pengetahuan sangat baik/baik terkait KEHRS. Sikap yang sangat positif/positif terhadap kinerja KEHRS ditunjukkan oleh 245 orang responden (87.5%). Sebanyak 118 responden memiliki kesadaran tinggi terhadap keberadaan KEHRS (42.1%), sedangkan pendapat responden tentang pentingnya eksistensi KEHRS didapatkan 263 responden menyatakan sangat penting/penting (93.9%). Dari hasil uji statistik Chi square diperoleh ada hubungan bermakna antara pengetahuan dengan eksistensi KEHRS ($p=0.000$), sikap dengan eksistensi KEH ($p=0.000$), namun tidak terdapat hubungan antara kesadaran dengan eksistensi KEH ($p=0.352$). Kesimpulan penelitian ini adalah bahwa pegawai RSUDZA memiliki pengetahuan yang sangat baik, sikap yang sangat positif, namun kurang menyadari eksistensi KEHRS di RSUDZA. Harapan yang disampaikan oleh responden terkonsentrasi pada sosialisasi kegiatan KEHRS, peningkatan kinerja, peningkatan peran aktif dalam pelayanan di rumah sakit serta dapat bekerja sesuai dengan standar prosedur operasional.

Kata kunci: Komite Etik dan Hukum, Pengetahuan, Sikap, Kesadaran, Harapan

1. Pendahuluan

Tujuan utama pelayanan rumah sakit (RS) adalah memberikan pelayanan yang bermutu, profesional, dan diterima masyarakat. Salah satu upaya mencapai pelayanan kesehatan bermutu dan profesional RS adalah dengan memenuhi kaidah-kaidah yang tercantum dalam Kode Etik Rumah Sakit (Kodersi) (Arwani & Supriatno, 2006). Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit (KEHRS) merupakan badan yang dibentuk dengan anggota terdiri dari berbagai disiplin perawatan kesehatan dalam RS, yang bertujuan membantu pimpinan RS menjalankan Kode Etik Rumah Sakit Indonesia (Kodersi) (Permenkes No.42 Tahun 2018). Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit dapat menjadi sarana efektif dalam mengusahakan saling pengertian antara berbagai pihak yang terlibat seperti dokter, perawat, tenaga kesehatan lainnya, pasien, keluarga pasien dan masyarakat tentang berbagai masalah etika, hukum, dan kedokteran di RS. Seluruh permasalahan yang berkaitan dengan etika dan hukum di RS ditangani oleh KEHRS (Hendrick, 2001; McClean, 2007; Williamson dkk., 2007).

Tugas utama KEHRS RSUDZA adalah (1) memberikan masukan dan pertimbangan kepada Direktur dalam rangka pengambilan kebijakan terkait etik dan hukum RS; (2) menangani berbagai masalah etik dan hukum yang timbul di RS; (3) menyusun kebijakan dan pembahasan kasus dan hukum; (4) menjalankan fungsi pendidikan etika dan hukum; (5) melakukan diskusi multidisiplin tentang kasus dilema etika, medikolegal, sengketa medik dan kasus lainnya di RS; (6) melakukan sosialisasi *code of conduct* bagi seluruh staf dan pegawai yang akan melakukan pelayanan di RS; (7) menyelesaikan konflik etikolegal antar profesi di RS (SK Direktur RSUDZA No.061.1/100/2021).

Dalam melaksanakan pelayanan kesehatan di RS, sangat dimungkinkan adanya pergesekan atau kesalahpahaman yang menyebabkan kekeliruan antar profesi, bahkan dalam satu profesi atau satu tim saja dimungkinkan terjadi kesalahan jika manajemen pengelolaannya tidak baik, seperti struktur organisasi yang *overlap*, uraian tugas tidak ada, atau jika ada sulit dipahami sehingga sering tumpang tindih tugas yang satu dengan tugas lainnya. Hal ini berpotensi terjadinya '*human errors/medical errors*', sehingga muncul gugatan pasien (Hoffman & Tarzian, 2008; McClean, 2007; Williamson dkk., 2007). Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit merupakan unit yang bersifat memberikan kajian, pertimbangan, dan rekomendasi etik dan hukum (Hendrick, 2001). Kajian, pertimbangan, dan rekomendasi dapat dipergunakan Direktur RS dalam menyusun perencanaan dan pengambilan keputusan. Tugas KEHRS secara umum yaitu membantu direktur dalam menerapkan kode etik dan hukum baik diminta maupun tidak diminta. Membuat pedoman pelaksanaan pelayanan kesehatan yang terkait dengan etika RS (Permenkes No.42 Tahun 2018). Namun penelitian Hariharan dkk menyatakan bahwa responden lebih suka berkonsultasi masalah etika dan hukum dengan rekan, supervisor, dan kepala departemen. Menurut penelitian tersebut KEHRS kurang diketahui keberadaannya oleh tenaga kesehatan (Hariharan dkk., 2006).

Kurangnya pengetahuan dan sikap pegawai di RSUDZA tentang eksistensi KEHRS dapat mengurangi kualitas pelayanan yang dapat diberikan oleh KEHRS. Masalah yang dihadapi KEHRS saat ini adalah (1) tidak berjalannya roda organisasi karena ketiadaan sarana dan prasarana; (2) kurang maksimalnya pelaksanaan program kerja karena tidak jelasnya alur pekerjaan yang sering tumpang tindih dengan Komite Medik, Komite Keperawatan dan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya yang juga mempunyai Subkomite Etika Profesi. Pelaporan adanya kasus dilema etik atau pelanggaran etik saat ini tidak berjalan sebagaimana mestinya dengan minimnya laporan yang diterima KEHRS. Hal tersebut terjadi karena belum adanya koordinasi pelaporan. Pelaporan kasus dilema etik saat ini disampaikan ke Komite Medik dan pelaporan pelanggaran etik disampaikan ke masing-masing komite baik Komite Medik, Keperawatan maupun Tenaga Kesehatan Lainnya.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 42 Tahun 2018 tentang KEHRS menyebutkan bahwa salah satu tugas KEHRS adalah menyelesaikan kasus penyelenggaraan etika pelayanan yang tidak dapat diselesaikan oleh Komite Etik profesi terkait atau kasus etika antar profesi di RS (Permenkes No.42 Tahun 2018). Pelaporan ke KEHRS saat ini tidak ada, disebabkan karena kasus dilema etik dan pelanggaran etik sudah dapat diselesaikan sendiri oleh komite terkait tanpa perlu diteruskan ke KEHRS. Ketidakan pelaporan dapat juga disebabkan tidak berjalannya standar prosedur operasional (SPO), dan tumpang tindihnya tugas pokok serta fungsi keempat komite, sehingga diperlukan intervensi kebijakan yang baru tentang SPO pelaporan kasus etik. Hasil kebijakan tersebut nantinya akan diplenokan. Alasan lain minimnya laporan ke KEHRS karena ketiadaan ruangan. Pelaporan kasus etik non klinik saat ini dilaporkan ke manajemen *complain* sehingga tumpang tindih juga dengan tugas KEHRS.

Selain itu KEHRS juga bertugas mempelajari hal-hal yang berkaitan dengan etika dan hukum kedokteran apabila muncul berbagai masalah etika kedokteran di RS. Berbagai kebijakan disusun

oleh KEHRS seperti prosedur penanganan pasien gawat darurat, pasien terminal, pasien inkompeten, pasien koma, penentuan kematian, persetujuan tindakan medis, rahasia medis, rekam medis, neonatus dengan cacat kongenital berat atau prematur, masalah di bidang obstetri ginekologi, hak dan kewajiban pasien, hak dan kewajiban dokter, hak dan kewajiban RS dan penyelesaian konflik dalam hubungan dokter-pasien (Permenkes No.42 Tahun 2018). Saat ini KEH kurang populer, padahal tugas pokok dan fungsinya sangat penting dalam pelayanan kesehatan di RS karena melibatkan seluruh komponen *civitas hospitalia*. Oleh karena itu penulis tertarik melakukan penelitian tentang pengetahuan, sikap, kesadaran dan harapan pegawai RSUDZA terhadap eksistensi KEH. Adanya penelitian tersebut berguna sebagai evaluasi diri bagi Komite Etik dan Hukum di masa depan.

2. Metodologi

2.1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian analitik observasional dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat pengetahuan, sikap, kesadaran serta harapan pegawai RSUDZA terhadap eksistensi KEH. Penelitian dilakukan selama 4 bulan dari Mei–Oktober 2021. Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala/RSUDZA telah menyetujui penelitian ini dengan mengeluarkan persetujuan etik No. 177/EA/FK-RSUDZA/2021.

2.2. Sampel Penelitian

Populasi penelitian ini adalah seluruh pegawai RSUDZA dengan sampel penelitian yaitu pegawai RSUDZA yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi yang dipilih secara proporsional untuk masing-masing profesi dan jenis pekerjaan. Jumlah Aparatur Sipil Negara (PNS) dan Tenaga Kontrak RSUDZA yang terdaftar dan aktif hingga Juni 2021 adalah 2609 orang.

2.3. Instrumen Penelitian

Penelitian ini menggunakan beberapa instrumen yang terdiri dari:

- a. Pengukuran pengetahuan responden tentang eksistensi KEH menggunakan skala *Guttman* yang terdiri dari pilihan jawaban ‘benar’ dan ‘salah’ di mana setiap jawaban ‘benar’ diberi nilai 1 dan setiap jawaban ‘salah’ diberi nilai 0 (Saryono, 2011).
- b. Pengukuran sikap responden terhadap kinerja KEH menggunakan skala Likert yang terdiri dari 5 pilihan jawaban yaitu ‘sangat setuju’, ‘setuju’, ‘netral’, ‘tidak setuju’ dan ‘sangat tidak setuju’. Untuk jawaban pernyataan positif ‘sangat setuju’ bernilai 5, ‘setuju’ bernilai 4, ‘netral’ bernilai 3, ‘tidak setuju’ bernilai 2, dan ‘sangat tidak setuju’ bernilai 1. Jawaban pernyataan negatif nilainya berbalik dengan pernyataan positif (Sugiyono, 2011).
- c. Pengukuran tingkat kesadaran responden menggunakan skala *Guttman* yang terdiri dari pilihan jawaban ‘dilakukan’ dan ‘tidak dilakukan’ di mana setiap jawaban ‘dilakukan’ diberi nilai 1 dan setiap jawaban ‘tidak dilakukan’ diberi nilai 0 (Saryono, 2011).
- d. Pengukuran pentingnya eksistensi KEH menggunakan skala Likert yang terdiri dari 5 pilihan jawaban yaitu ‘sangat penting’, ‘penting’, ‘netral’, ‘tidak penting’ dan ‘sangat tidak penting’. Untuk jawaban pernyataan positif ‘sangat penting’ bernilai 5, ‘penting’ bernilai 4, ‘netral’ bernilai 3, ‘tidak penting’ bernilai 2, dan ‘sangat tidak penting’ bernilai 1. Sedangkan jawaban pernyataan negatif nilainya berbalik dengan pernyataan positif (Sugiyono, 2011).

2.4. Teknik pengumpulan data

Teknik pengumpulan data menggunakan data primer yang dikumpulkan langsung melalui kuesioner responden yang didahului dengan pengisian *informed consent*. Saat pre-intervensi, kuesioner diberikan kepada responden untuk menilai tingkat pengetahuan dan sikap. Setelah itu dilakukan monitoring dan evaluasi dengan memberikan materi, edukasi dan sosialisasi tentang eksistensi KEHRS melalui media sosial online. Pada tahap post intervensi dilakukan kembali pengisian kuisisioner untuk menilai kesadaran terhadap eksistensi KEHRS serta harapan terhadap kinerja KEHRS di masa mendatang.

3. Hasil dan Pembahasan

3.1. Karakteristik Umum Subjek Penelitian

Rentang waktu pengambilan data di RSUDZA selama satu bulan yaitu mulai 8 Agustus hingga 8 September 2021. Jumlah populasi 2609 orang pegawai RSUDZA, dipilih 347 orang sesuai proporsi dan 280 bersedia menjadi partisipan (*response rate* 80.69%). Pengambilan data dilakukan menggunakan data primer yaitu kuisisioner yang diberikan langsung kepada seluruh partisipan.

Tabel 1. Karakteristik Umum Subjek Penelitian (n=280)

No.	Data Demografi	Frekuensi	Persentase
1	Jenis kelamin		
	Laki-laki	91	32.50
	Perempuan	189	67.50
2	Usia		
	20-25 tahun	14	5.00
	26-30 tahun	68	24.29
	31-35 tahun	71	25.36
	36-40 tahun	49	17.50
	41-45 tahun	39	13.93
	46-50 tahun	16	5.72
	51-55 tahun	13	4.64
	56-60 tahun	10	3.57
3	Profesi		
	Dokter Spesialis & Dokter Gigi Spesialis	31	11.07
	Dokter Umum dan Dokter Gigi	4	1.43
	Perawat	127	45.35
	Bidan	11	3.93
	Apoteker	10	3.57
	Tenaga Administrasi	42	15.00
	Tenaga Teknis lainnya	24	8.57
	Penunjang (Satpam, pendorong, supir)	14	5.00
	Laboran	17	6.07
4	Lama bekerja		
	<5 tahun	92	32.86
	>5 tahun	188	67.14
5	Status kepegawaian		
	Pegawai Negeri Sipil (PNS)	139	49.64
	Non Pegawai Negeri Sipil	141	50.36

Berdasarkan Tabel 1 didapatkan bahwa dari 280 responden, terdapat 189 responden perempuan dan 91 responden laki-laki dengan mayoritas responden berusia 31–35 tahun (25.36%). Mayoritas responden berasal dari Keperawatan sebanyak 127 responden (45.35%) dan Tenaga Administrasi sebanyak 42 orang (15.00%). Secara umum *response rate* 80.96%, dengan *response rate* untuk tiap kelompok profesi: Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis (106%), Dokter/Dokter Gigi (36.3%), Perawat (86.4%), Bidan (61.1%), Apoteker (43.5%), Tenaga Administrasi (72.4%), Tenaga Teknis lainnya (100%), dan Penunjang (70%). Mayoritas responden telah bekerja lebih dari 5 tahun (67.14%). Status kepegawaian responden tampak seimbang antara PNS dan non-PNS.

3.2. Pengetahuan , Sikap, Kesadaran dan Pendapat Responden Mengenai KEHRS

Tabel 2 memperlihatkan dari 280 responden terdapat 258 orang (92.14%) memiliki pengetahuan yang sangat baik tentang KEHRS, dengan 245 responden (87.50%) memiliki sikap sangat positif dan positif terhadap kinerja KEHRS, namun 162 orang (57.9%) kurang menyadari keberadaan KEHRS. Walaupun demikian 263 responden (93.93%) berpendapat bahwa eksistensi KEHRS sangat penting/penting perannya dalam mendukung pelayanan RS. Secara umum dapat dinyatakan bahwa responden memiliki pengetahuan, sikap dan pendapat yang baik tentang eksistensi KEHRS namun belum menyadari sepenuhnya bahwa KEHRS saat ini sudah ada namun belum dimanfaatkan secara optimal.

Tabel 2. Pengetahuan, Sikap, Kesadaran dan Pendapat Responden tentang Eksistensi KEHRS

No.	Karakteristik	Frekuensi (n=280)	Persentase (%)
1	Pengetahuan		
	Sangat baik	258	92.14
	Baik	15	5.36
2	Kurang	7	2.50
	Sikap		
	Sangat positif	176	62.86
3	Positif	69	24.64
	Negatif	35	12.50
	Kesadaran		
4	Tinggi	118	42.1
	Rendah	162	57.9
4	Eksistensi		
	Sangat penting	72	25.72
	Penting	191	68,21
	Kurang penting	17	6.07

Hasil penelitian ini hampir sama dengan penelitian yang dilakukan Gadhade dkk yang menyatakan bahwa 87.39% responden mengetahui peran dan fungsi Komite Etik, namun berbeda tentang kesadaran dengan 98.31% responden memiliki kesadaran tinggi tentang keberadaan Komite Etik (Gadhade dkk., 2020). Pada studi Puroshothaman dkk, 56% responden menyatakan mengetahui keberadaan Komite Etik namun tidak mengetahui fungsinya (Puroshothaman dkk., 2017). Studi yang dilakukan oleh Moodley dkk menyatakan bahkan di negara-negara Afrika sebanyak 85.3% tidak mempunyai Komite Etik di institusinya, namun 81.7% responden tertarik mendirikan Komite Etik klinik. Penyebabnya karena kurangnya pelatihan, terbatasnya sumber daya dan kurangnya kesadaran terhadap Komite Etik klinik (Moodley dkk., 2020).

Telah banyak penelitian yang membahas tentang pengetahuan dan sikap pemberi layanan kesehatan terkait etika dan hukum di beberapa negara khususnya di Asia. Mayoritas hasil penelitian menyatakan bahwa pengetahuan dokter masih kurang tentang etika dan hukum. Sebuah studi di India menyatakan bahwa 95,2% responden memiliki pengetahuan yang buruk tentang kelalaian medis dan etika medis (Varghese dkk., 2016). Di Sri Lanka ditemukan 81,2% dokter memiliki pengetahuan yang buruk tentang etika kedokteran (Ranasinghe dkk., 2020). Di Nepal 89,8% dan 85,6% dokter memiliki pengetahuan yang buruk mengenai kode Nuremberg dan kode Helsinki (Adhikari dkk., 2016). Di Pakistan 61,3% dokter di rumah sakit perawatan tersier memiliki pengetahuan yang buruk tentang hukum dan etika medis (Tahira dkk., 2013), sementara di Malaysia 65,8% dokter, apoteker, dan perawat memiliki pengetahuan yang baik tentang literasi kesehatan pasien (Rajah dkk., 2017). Sebagian besar responden di Arab Saudi memiliki pengetahuan yang cukup (44,1%), diikuti 35,6% memiliki pengetahuan yang kurang tentang etika kedokteran (Al-Shehri dkk., 2020).

Popularitas KEH memang lebih kecil dibandingkan Komite Etik Penelitian. Bahkan di negara-negara Afrika, Komite Etik dan hukum masih merupakan bayangan dari Komite Etik penelitian (Moodley dkk., 2020). Hal ini tergambar dari beberapa publikasi yang lebih banyak membahas tentang Komite Etik Penelitian, seperti penelitian yang dilakukan oleh Al Demour dkk, mayoritas responden (86.8%) sadar akan pentingnya Komite Etik Penelitian, 82.7% setuju bahwa peneliti harus mendapatkan pelatihan tentang etik penelitian (Al Demour dkk., 2019). Gopinath dkk menemukan 85% responden familiar dengan etik penelitian serta fungsi Komite Etik Penelitian (Gopinath dkk., 2014).

Namun untungnya masih ada juga publikasi yang membahas tentang etika klinis yang menjadi ranah pelayanan KEH. Secara umum terdapat beberapa model pelayanan etika klinis, misalnya darurat dan tidak darurat; otoriter dan mediasi; Komite Etika Klinis dan konsultan etika independen atau campuran. Tujuan utama dari pelayanan etika klinis adalah meningkatkan kualitas perawatan dan kesembuhan pasien. Manfaat terpenting pelayanan etika klinis adalah untuk mencegah tuntutan hukum terhadap pemberi pelayanan kesehatan saat terjadi konflik antara pemberi layanan kesehatan dan pasien. Di antara perwujudan dari hal tersebut adalah disusunnya pedoman prosedur dan standar umum untuk memaksimalkan komunikasi dan meminimalkan konflik yang dapat timbul dalam perawatan pasien, yang pada akhirnya dapat mengurangi potensi risiko tuntutan hukum dari pihak penerima layanan kesehatan. Sebagai langkah pencegahan, Komite Etika Klinis dapat menyiapkan panduan etika klinis yang baku berupa prosedur persetujuan tindakan kedokteran, pernyataan di muka atau wasiat, pengambilan keputusan oleh yang mewakili pasien, perintah untuk tidak melakukan resusitasi, penentuan kesia-siaan medis, pemecahan masalah terkait awal dan akhir kehidupan serta masalah lain yang berpotensi menimbulkan tuntutan hukum sehingga dapat sekaligus meningkatkan kualitas pelayanan medis sesuai tujuan utama pelayanan etika klinis (Afandi, 2017; Gillon, 2015).

Dengan demikian seharusnya KEHRS dapat berperan penting dalam pendidikan, pembahasan kasus dan pemberian rekomendasi. Dalam hal ini di RSUDZA belum berjalan sebagaimana mestinya. Dalam hal pendidikan etika, KEHRS dapat melakukan peningkatan pengetahuan dan kemampuan anggota KEHRS, menyelenggarakan berbagai pelatihan dan seminar tentang etika pelayanan kesehatan dan memberikan pengetahuan etika kepada staf rumah sakit, pasien dan RS. Dalam hal pembahasan kasus, KEHRS dapat melakukan diskusi dan pembahasan berbagai kasus medis dengan kandungan aspek etika RS. Kasus yang terjadi di RS baik dilakukan oleh petugas medis, paramedis, petugas kesehatan lainnya, pegawai administrasi, *cleaning service*,

peserta didik baik dokter atau pun disiplin ilmu lainnya dapat dibahas dan didiskusikan dengan KEHRS. Dalam hal pemberian rekomendasi kebijakan RS maka KEHRS dapat mempelajari hal-hal yang berkaitan dengan etika dan hukum kedokteran yang apabila muncul berbagai masalah etika kedokteran di RS dapat diambil kebijakan yang lebih baik.

3.3. Hubungan antar Variabel

Berdasarkan hasil pengambilan data, dilakukan uji statistik *chi-square* untuk menentukan hubungan antara pengetahuan dan sikap responden mengenai kinerja KEHRS seperti ditunjukkan Tabel 3. Berdasarkan data pada Tabel 3 didapatkan sebanyak 240 responden (85.7%) memiliki pengetahuan yang sangat baik/baik tentang tugas, fungsi dan wewenang KEHRS dan juga memiliki sikap sangat positif/positif terhadap kinerja KEHRS. Hal tersebut secara persentase menunjukkan bahwa pengetahuan yang baik dapat membentuk sikap yang positif, karena 85.7% mempunyai sikap dan sikap yang baik terhadap KEHRS. Namun hasil uji *chi-square* memberikan nilai $p=0.193$ ($p \text{ value} > 0.05$), yang menunjukkan tidak ada hubungan antara pengetahuan dan sikap tentang kinerja KEHRS. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Shiju dkk (2021) yang juga menyatakan tidak ada hubungan antara pengetahuan dan sikap tentang Komite Etik dengan nilai $p=0.570$.

Tabel 3. Hubungan Pengetahuan dengan Sikap

Pengetahuan	Sikap						p-value
	Sangat Positif/Positif		Negatif		Total		
	N	%	n	%	n	%	
Sangat Baik/Baik	240	85.7	33	11.8	273	97.5	0.193
Kurang	5	1.8	2	0.7	7	2.5	
Total	245	87.5	35	12.5	280	100	

Tabel 4. Hubungan pengetahuan dengan kesadaran

Pengetahuan	Kesadaran						p-value
	Tinggi		Rendah		Total		
	N	%	N	%	n	%	
Sangat Baik/Baik	115	41.1	158	56.4	273	97.5	0,969
Kurang	3	1.1	4	1.4	7	2.5	
Total	118	42.2	162	57.8	280	100	

Dilakukan uji statistik *chi-square* untuk menentukan hubungan antara pengetahuan dan kesadaran responden mengenai kinerja KEHRS. Tabel 4 memperlihatkan sebanyak 115 responden (41.1%) memiliki pengetahuan sangat baik/baik tentang tugas, fungsi dan wewenang KEHRS, dan juga memiliki kesadaran tinggi tentang fungsi KEHRS. Hal ini menunjukkan bahwa pengetahuan yang baik dapat membentuk kesadaran yang tinggi. Namun hasil uji *chi-square* memberikan nilai $p=0.969$ ($p \text{ value} > 0.05$) yang menunjukkan tidak ada hubungan antara pengetahuan dan kesadaran tentang fungsi KEHRS. Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan Shiju dkk (2021) yang menyebutkan terdapat hubungan signifikan antara pengetahuan dan kesadaran tentang fungsi Komite Etik dengan nilai $p=0.002$.

Hubungan antara sikap dan kesadaran responden mengenai eksistensi KEHRS ditampilkan pada Tabel 5. Sebanyak 113 responden (40.4%) memiliki sikap yang sangat positif/positif terkait

kinerja KEHRS dan juga memiliki kesadaran yang tinggi terkait pemanfaatan fungsi KEHRS. Hal ini menunjukkan bahwa sikap yang positif dapat membentuk kesadaran yang tinggi tentang manfaat suatu lembaga KEHRS. Hasil uji *chi-square* memberikan nilai $p=0.000$ ($p\ value <0.05$), yang menunjukkan terdapat hubungan yang sangat signifikan antara sikap dan kesadaran tentang manfaat KEHRS.

Tabel 5. Hubungan Sikap dengan Kesadaran

Sikap	Kesadaran						P-value
	Tinggi		Rendah		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Sangat Positif/Positif	113	40.4	132	47.1	245	87.5	0,000
Negatif	5	1.7	30	10.8	35	12.5	
Total	118	42.1	162	57.9	280	100	

Selanjutnya dilakukan juga uji statistik *chi-square* untuk menentukan hubungan antara variabel pengetahuan, sikap dan kesadaran dengan pendapat responden mengenai eksistensi KEHRS. Tabel 6 memperlihatkan 259 responden (92.5%) memiliki pengetahuan sangat baik/baik tentang tugas, fungsi dan wewenang KEHRS, dan juga memiliki pendapat yang menyatakan eksistensi KEHRS sangat penting/penting. Hal ini menunjukkan bahwa pengetahuan yang baik membentuk apresiasi yang tinggi tentang eksistensi suatu lembaga KEHRS. Hasil uji *chi-square* memberikan nilai $p=0.000$ ($p\ value <0.05$), yang berarti terdapat hubungan yang sangat signifikan antara pengetahuan dan pendapat tentang pentingnya eksistensi KEHRS.

Tabel 6. Hubungan Pengetahuan, Sikap, Kesadaran dengan Eksistensi KEHRS

Variabel	Kategori	Eksistensi KEHRS				p-value
		Sangat penting/penting		Kurang penting		
		No	%	No	%	
Pengetahuan	Sangat baik/baik	259	92.5	14	5.0	0.000
	Kurang	4	1.4	3	1.1	
Sikap	Sangat positif/positif	235	83.9	10	3.6	0.000
	Negatif	28	10.0	7	2.5	
Kesadaran	Tinggi	109	38.9	9	3.2	0.352
	Rendah	154	55.0	8	2.9	

Sebanyak 235 responden (83.9%) memiliki sikap yang sangat positif/positif terkait kinerja KEHRS dan juga memiliki pendapat yang menyatakan pentingnya eksistensi KEHRS. Hal ini menunjukkan bahwa sikap yang positif dapat membentuk apresiasi yang tinggi tentang eksistensi suatu lembaga KEHRS. Hasil uji *chi-square* memberikan nilai $p=0.000$ ($p\ value <0.05$), yang menunjukkan terdapat hubungan yang sangat signifikan antara sikap dan pendapat tentang eksistensi KEHRS.

Sejumlah 109 responden (38.9%) memiliki kesadaran yang tinggi terkait pemanfaatan KEHRS dan juga memiliki pendapat yang menyatakan pentingnya eksistensi KEHRS. Namun 154 responden (55.0%) masih memiliki kesadaran rendah walaupun masih menyatakan pentingnya eksistensi KEHRS. Hasil uji *chi-square* memberikan nilai $p=0.352$ ($p\ value >0.05$), yang menunjukkan tidak terdapat hubungan antara kesadaran dan pendapat tentang eksistensi KEHRS.

3.4. Peran dan Fungsi KEHRS

Etika merupakan perwujudan dari filosofi moral yang menentukan benar atau tidaknya perbuatan manusia, yang juga disebut sebagai ilmu tentang akhlak, tata krama, dan perilaku dalam kehidupan manusia (Tiruneh dkk., 2019; Varghese dkk., 2016). Prinsip etika membantu mengidentifikasi masalah etika dan menjadi pertimbangan dalam pengambilan keputusan sebagai konsekuensi dari nilai-nilai moral yang dianut dalam suatu masyarakat (Ranasinghe dkk., 2020). Para profesional perawatan kesehatan adalah komunitas yang selalu terkait dengan etika perawatan kesehatan. Etika perawatan kesehatan adalah kerangka kerja sensitif yang tertanam dalam profesionalisme tenaga medis (Adhikari dkk., 2016).

Masalah etika terus berkembang seiring dengan pesatnya kemajuan teknologi kedokteran (Biruk & Abitu, 2018). Masalah etika kuno yang dulunya hanya terkait dengan hubungan dokter-pasien kini menjadi lebih kompleks dengan melibatkan masalah dilema etika mengenai keputusan medis yang tidak selalu mudah untuk diselesaikan. Pelatihan medis tradisional menawarkan sedikit bantuan dalam menyelesaikan masalah etika yang dihadapi oleh para profesional perawatan kesehatan (Amarasinghe & Wirasinghe, 2018; Hariharan dkk., 2006).

Saat ini masalah dilema etika dalam praktik kedokteran sering terjadi di semua institusi kesehatan di seluruh dunia (Barnie dkk., 2018), mulai dari penentuan awal kehidupan, semasa hidup, hingga akhir hidup. Penyelesaian dilema etika dapat diselesaikan dengan prinsip-prinsip dasar etika yang terdiri dari kebaikan, tidak merugikan, keadilan, dan otonomi (Adhikari dkk., 2016). Dilema etika juga dapat diselesaikan dengan pertimbangan pendekatan etika klinis yaitu indikasi medis, preferensi pasien, kualitas hidup, dan gambaran kontekstual (Jonsen dkk., 2010).

Pemberi layanan kesehatan merupakan profesi mulia yang selalu terikat dengan kode etik profesi, selalu mengedepankan perasaan manusia, yang senantiasa menjaga hubungan pemberi layanan kesehatan-pasien, kepentingan pasien, kepercayaan, dan kerahasiaan (Tiruneh dkk., 2019; Varghese dkk., 2016; Thomas & Magendran, 2020). Hubungan pemberi layanan kesehatan-dokter diawali dengan kontrak terapeutik yang memuat kesepakatan bahwa pemberi layanan kesehatan memberikan perawatan medis terbaik yang dapat menimbulkan akibat jika terjadi kesalahan dalam rawat inap (Thomas & Magendran, 2020). Hal ini terjadi akibat ketidakpuasan pasien terhadap pelayanan yang kurang optimal sehingga menjadi konflik hubungan pemberi layanan kesehatan-pasien yang terkadang berakhir menjadi masalah medikolegal (Adhikari dkk., 2016; Barnie dkk., 2018; Tahira dkk., 2013).

Medikolegal merupakan suatu interdisipliner antar ilmu kedokteran dengan ilmu hukum. Permasalahan medikolegal merupakan suatu kejadian atau permasalahan etik yang berpotensi menimbulkan permasalahan hukum perdata atau pidana yang berimplikasi kepada rumah sakit dan pegawainya yang biasanya timbul akibat hubungan yang kurang baik antara pasien dan pemberi layanan kesehatan. Hal ini mencerminkan keluhan tentang kurangnya perilaku etis yang mengarah pada proses litigasi yang dihadapi oleh tenaga kesehatan (Hariharan dkk., 2006; Kheir dkk., 2016), sehingga diperlukan kode etik yang memuat kewajiban etika, moral, dan hukum dalam praktik layanan kesehatan (Tiruneh dkk., 2019).

Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit merupakan unsur organisasi nonstruktural yang membantu kepala atau Direktur RS untuk penerapan etika rumah sakit dan hukum perumahan sakit, hal ini diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan tentang KEHRS No. 42 tahun 2018. Anggota Komite Etik Kesehatan terdiri dari ahli etik, pendidik, klinisi, dan ahli hukum (Permenkes No.42 Tahun 2018).

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Tujuan pembangunan kesehatan adalah tercapainya kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap warganegara. Agar dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal, sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum dari tujuan nasional, perlu ditingkatkan upaya untuk memperluas dan mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan mutu yang lebih baik dan biaya terjangkau. Tata Kelola Etika dan Hukum adalah serangkaian proses yang terkait dengan tindakan yang bersifat mengatur, membina, mengendalikan, dan mengawasi perilaku pemberi pelayanan dan pengelola RS agar sesuai dengan nilai-nilai etika dan hukum RS (Permenkes No.42 Tahun 2018).

Panduan etik dan perilaku (*code of conduct*) merupakan serangkaian petunjuk yang berisikan etika perilaku umum, etika pelayanan, dan etika penyelenggaraan RS sebagai suatu standar perilaku sumber daya manusia dan pengelola dalam menjalankan pelayanan kesehatan dan penyelenggaraan RS untuk mewujudkan perilaku dan budaya kerja yang sesuai dengan visi dan misi RS. Adapun tujuan dari KEH (Permenkes No.42 Tahun 2018):

- a. Mendukung dan memberikan petunjuk kepada pasien, keluarga pasien dalam membuat keputusan
- b. Melakukan penelaahan terhadap kasus sesuai dengan yang di ajukan, untuk mengklarifikasi nilai-nilai dan kondisi terkait etik, legal dan keagamaan pada praktik kedokteran
- c. Membantu mengklarifikasi isu dan melakukan diskusi
- d. Memberikan masukan dan pandangan kepada institusi
- e. Menentukan hal apa yang seharusnya dapat di diskusikan
- f. Memberikan pengetahuan terkait isu dan *focus* etik
- g. Sebagai pemberi petunjuk, bukan pengambil keputusan
- h. Melindungi hak pasien
- i. Menjaga keputusan yang diambil antara pasien dan tenaga klinisi
- j. Membantu pasien dan keluarga pasien untuk mendapatkan perawatan yang sesuai
- k. Menjaga kebijakan dan prosedur yang adil untuk memaksimalkan tercapainya tingkat kesembuhan pasien
- l. Meningkatkan hubungan baik antara organisasi kesehatan dan professional

Tugas pokok KEHRS adalah membentuk dan melaksanakan *code of conduct* dalam rangka menegakkan etika RS. *Code of Conduct* memuat 3 (tiga) materi pokok yang tercantum dalam pasal 11 yaitu (a) etika perilaku umum, (b) etika pelayanan, dan (c) etika penyelenggaraan RS. Sebagai suatu standar perilaku sumber daya manusia dan pengelola dalam menjalankan pelayanan kesehatan dan penyelenggaraan RS. *Code of conduct* memiliki urgensi untuk mewujudkan perilaku dan budaya kerja yang sesuai dengan visi dan misi RS. karenanya setiap RS diwajibkan memiliki *code of conduct*. Pasal 12 berbunyi pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11, KEH memiliki fungsi:

- a. Pengelolaan data dan informasi terkait etika Rumah Sakit
- b. Pengkajian etika dan hukum perumahsakit, termasuk masalah profesionalisme, interkolaborasi, pendidikan, dan penelitian serta nilai-nilai bioetika dan humaniora
- c. Sosialisasi dan promosi Panduan Etik dan Perilaku (*Code of Conduct*) dan pedoman etika pelayanan
- d. Pencegahan penyimpangan Panduan Etik dan Perilaku (*Code of Conduct*) dan pedoman Etika Pelayanan
- e. Monitoring dan evaluasi terhadap penerapan Panduan Etik dan Perilaku (*Code of Conduct*) dan pedoman Etika Pelayanan

- f. Pembimbingan dan konsultasi dalam penerapan Panduan Etik dan Perilaku (*Code of Conduct*) dan pedoman Etika Pelayanan
- g. Penelusuran dan penindaklanjutan kasus terkait Etika Pelayanan dan Etika Penyelenggaraan sesuai dengan peraturan internal Rumah Sakit
- h. Penindaklanjutan terhadap keputusan etik profesi yang tidak dapat diselesaikan oleh komite profesi yang bersangkutan atau kasus etika antar profesi.

Pasal 13 berbunyi pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 dan Pasal 12, KEH berwenang untuk:

- a. Menghadirkan pihak terkait untuk menyelesaikan masalah etik Rumah Sakit
- b. Melakukan klarifikasi dengan pihak terkait sebagai penyusunan bahan rekomendasi
- c. Memberikan rekomendasi kepada Kepala atau Direktur Rumah Sakit mengenai sanksi terhadap pelaku pelanggaran Panduan Etik dan Perilaku (*Code of Conduct*) dan pedoman Etika Pelayanan.

3.5. Harapan terhadap KEHRS pada Masa Mendatang

Maksud pembentukan KEH adalah sebagai pembentuk aturan, pengawas dan pelaksana yang bertujuan melindungi hak dan kewajiban individu maupun kelompok. Beberapa negara yang telah mendirikan KEH terbukti terus berkembang memperbaiki tujuan dan kinerjanya demi tercapainya keadilan dalam berbagai sektor seperti penelitian, tenaga professional, pasien dan dalam bentuk tindakan medis lainnya. Tabel 7 menyajikan harapan responden terhadap KEHRS pada masa yang akan datang.

Table 7. Harapan terhadap KEHRS pada Masa Mendatang

No.	Kode partisipan	Harapan
1	DS-02	Peran KEHRS lebih baik dilaksanakan sesuai kebijakan yang terbaru
2	DU-05	Semoga terlaksana baik semua program KEHRS di lingkungan RSUDZA
3	DS-11	Semoga ke depan KEHRS perannya lebih optimal
4	DS-13	Penerapan etik sangat diperlukan di RSUDZA dan semoga bisa disosialisasikan ke KSM, staf dan pegawai agar dapat lebih memahami etik
5	DS-15	Anggota KEHRS yang dipilih dari atau mewakili bidang atau spesialisasi hendaknya berperan aktif, tidak hanya sebagian orang saja
6	DS-16	Harus lebih sering sosialisasi tentang KEHRS, agar semua tenaga kesehatan yang ada di RS memahami fungsi dan kinerja dari tim tersebut
7	DS-21	Sosialisasi tupoksi KEHRS yang lebih intens bagi semua komunitas RS
8	DS-23	Tim etik dan hukum sangat dibutuhkan terutama pada saat ada sengketa hukum di RSUDZA
9	DS-24	Semoga Komite Etik dapat semakin baik dalam memberikan arahan terkait sengketa etik
10	DS-25	Semoga bisa terbentuk dan berfungsi sesuai SOP dan bisa memberi manfaat seluas-luasnya bagi tenaga kesehatan
11	DS-27	Keberadaannya lebih bermanfaat bagi semua dengan program-program yang inovatif
12	DS-29	Agar KEHRS diterapkan dilaksanakan dalam pelayanan sehari-hari
13	PR-75	Semoga ke depannya Komite Etik dapat mengambil andil dalam penegakan hukum di RSUDZA

No.	Kode partisipan	Harapan
14	BD-78	Semoga keberadaan KEHRS dapat meningkatkan promosi terkait eksistensi kode etik di RSUDZA
15	PR-82	Peran KEH lebih kuat dan lebih baik lagi, untuk kebijakan antar sesama petugas medis, dan antar petugas medis dan pasien
16	BD-83	Semoga Komite Etik berdampak dalam pelayanan yang lebih baik agar RSUDZA ke depan lebih maju
17	AP-182	Saran: KEHRS lebih intens untuk mensosialisasikan kepada semua staf RS tentang keberadaan dan tupoksinya Harapan: KEHRS lebih dikenal oleh semua staf RS karena sering memberi edukasi terkait etika dan hukum melalui program diklat RS

(Keterangan DS= Dokter spesialis, DU= Dokter umum, PR= Perawat, BD= Bidan, AP= Apoteker)

3.6. Kelebihan dan Keterbatasan Penelitian

Kelebihan dari penelitian ini adalah pengumpulan data untuk mengukur pengetahuan dan sikap dilakukan dengan pertanyaan analitis dan berpikir kritis bukan sekedar pertanyaan *recall*, sehingga hasilnya lebih *reliabel*. Keunggulan lain adalah karena menggunakan kuesioner yang dibuat oleh peneliti sesuai dengan referensi yang didapatkan. Penelitian ini juga mengukur tingkat pengetahuan, sikap, dan kesadaran secara detail dengan pertanyaan yang *valid*. Keuntungan lainnya, responden diberikan batasan waktu dalam mengisi kuesioner untuk memastikan jawaban yang diberikan seobjektif mungkin. Begitu banyak informasi yang dihasilkan dari penelitian ini sehingga dapat dieksplorasi kembali ke dalam beberapa penelitian, baik pendekatan kuantitatif maupun kualitatif.

Keterbatasan penelitian ini yaitu kurang fokus terhadap masalah yang ditanyakan sehingga responden kesulitan untuk menjawab kuesioner. Pada masa yang akan datang akan dilakukan kajian sehingga lebih detil pada bidang tertentu dengan pertanyaan yang lebih mendalam. Selain itu pengumpulan data terbatas hanya pada partisipan dari RSUDZA, sehingga hasil penelitian mungkin tidak mencerminkan semua responden yang pernah mengikuti perkembangan KEHRS. Mungkin juga tidak relevan dengan pengetahuan, sikap dan kesadaran terhadap KEHRS dari institusi lain. Hasil penelitian yang diperoleh hanya menggambarkan pengetahuan, sikap dan kesadaran secara kuantitatif, belum mengukur kualitas jawaban responden. Namun secara umum, penelitian ini sangat bermanfaat bagi perkembangan KEHRS di masa mendatang.

4. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian ini maka dapat disimpulkan:

- Pegawai RSUD dr.Zainoel Abidin memiliki pengetahuan yang sangat baik, sikap yang sangat positif, namun kurang menyadari tentang pemanfaatan fungsi KEHRS. Walaupun demikian mayoritas responden berpendapat bahwa eksistensi KEHRS sangat penting perannya di dalam mendukung pelayanan rumah sakit.
- Dari hasil uji statistik *chi-square* didapatkan bahwa tidak terdapat hubungan antara pengetahuan terhadap sikap terkait kinerja KEHRS ($p=0.193$), antara pengetahuan terhadap kesadaran terkait pemanfaatan fungsi KEHRS ($p=0.969$), dan antara kesadaran terhadap pendapat terkait pentingnya eksistensi KEHRS ($p=0.352$). Terdapat hubungan yang sangat bermakna antara pengetahuan terhadap pendapat terkait pentingnya eksistensi KEHRS ($p=0.000$), antara sikap terhadap kesadaran terkait pemanfaatan fungsi KEHRS ($p=0.000$), dan antara sikap terhadap pendapat terkait pentingnya eksistensi KEHRS ($p=0.000$).
- Harapan pegawai RSUDZA terhadap KEHRS mengerucut pada sosialisasi kegiatan KEHRS,

peningkatan kinerja, peningkatan peran aktif dalam pelayanan di RS, serta dapat bekerja sesuai dengan standar prosedur operasional.

Daftar Pustaka

- Adhikari, S., Paudel, K., Aro, A. R., Adhikari, T. B., Adhikari, B., & Mishra, S. R. (2016). Knowledge, attitude and practice of healthcare ethics among resident doctors and ward nurses from a resource poor setting, Nepal. *BMC Med Ethics*. 17, 1–8.
- Afandi D. (2017). The basic principles of bioethics in ethical clinical decision making. *Andalas Med J*. 40, 111–21.
- Al Demour, S., Alzoubi, K. H., Alabsi, A., AlAbdalat, S., & Alzayed, A. (2019). Knowledge, awareness, and attitude about research ethics committee and informed consent among resident doctors. *Int J Gen Med*. 12, 141–145.
- Al-Shehri, E., Siddiqui, A.F., & Khalil, S.U.N. (2020). Knowledge, attitude and practice of medical ethics among resident physicians of specialty certificate in Aseer Province, Saudi Arabia. *J Liaquat Univ Med Heal Sci*. 19, 48–54.
- Amarasinghe, P.V.N.P., & Wirasinghe, M.C. (2018). Knowledge and perception on medical ethics and medicolegal duties among government medical officer in district of Sri Lanka. *Sri lanka J Med Adm*. 20, 26–31.
- Arikunto, S. (2010). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Arwani & Supriatno. (2006). *Management Bangsal Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Azwar, S. (2011). *Sikap Manusia: Teori dan Pengukurannya*. Jakarta: Pustaka Pelajar.
- Barnie, B.A., Forson, P.K., Addo, M.N.A.O., Poku, J.A., Rhule, G.P., Oduro, G., Sarkodie, Y.A., & Donkor, P. (2015). Knowledge and perceptions of health workers training on ethics, confidentiality and medicolegal issues. *J Clinic Res Bioeth*. 6, 1–4.
- Biruk, K., & Abetu, E. (2018). Knowledge and attitude of health professionals toward telemedicine in resource limited settings: a cross sectional study in North West Ethiopia. *J Heal Eng*. 1–7.
- Hariharan, S., Jonnalagadda, R., Walrond, E., & Moseley, H. (2006). Knowledge, attitude and practice of healthcare ethics and law among doctors and nurses in Barbados. *BMC Med Ethics*. 7, 1–9.
- Hendrick, J. (2001). Legal aspects of clinical ethics committees. *Journal of Medical Ethics*. 27, 150–153.
- Hoffmann, D. E., & Tarzian, A. J. (2008). The role and legal status of health care ethics committees in the United States. http://digitalcommons.law.umaryland.edu/fac_pubs/530.
- Jonsen, A.R., Siegler, M., & Winslade, W.J. (2010). *Clinical ethics a practical approach to ethical decisions in clinical medicine*. 7th ed. New York: The McGraw Hill Companies.
- Gadhade, J. B., Hiray, R. S., & Balaraj, M. (2020). Evaluation knowledge, attitude and practice about research ethics and research ethics committee among post graduate residents in a tertiary care hospital in Pune, Maharashtra, India. *Int J Basic & Clin Pharm*. 9, 1084–1089.
- Gillon, R. (2015). Defending the four principles approach as a good basis for good medical practice and therefore for good medical ethics. *J Med Ethics*. 41, 111–116.

- Gopinath, N. M., John, J., Senthikumar, S., & Nagappan, N. (2014). Knowledge awareness and attitude about research ethics among dental faculties in India. *J Contemp Dent Pract.* 15, 608–613.
- Kheir, A.E.M., Dafaala, M., Bashir, A.A., Abuelgasim, N.A., & Abdalrahman, I. (2016). Medicolegal awareness amongst health professionals in Sudan-where are we now?. *J Clin Audits.* 8, 1–8.
- McLean, S. (2007). What and who are clinical ethics committees for?. *Journal of Medical Ethics.* 33, 497–500.
- Moodley, K., Kabanda, S. M., Soldaat, L., Kleinsmidt, A., Obasa, A. E., & Kling, S. (2020). Clinical ethics committees in Afrika: lost in the shadow of RECs/IRBs?. *BMC Med Ethics.* 21, 1–10.
- Purushothaman, S., Salmani, D., Somashekhar, S., King, K. I., Reghunanth, S., & Pushkar, B. (2017). Knowledge and attitude of health care ethics among MBBS students. *Indian J Clin Anat and Physiol.* 4, 97–99.
- Rajah, R., Hassali, M.A., & Lim CJ. (2017). Health literacy-related knowledge, attitude, and perceived barriers: a cross sectional study among physicians, pharmacists, and nurses in public hospitals of Penang, Malaysia. *Front Public Health.* 5, 281.
- Ranasinghe, A.W.I.P, Fernando, B., Sumathipala, A., & Gunathunga, W. (2020). Medical ethics: knowledge, attitude and practice among doctors in three teaching hospitals in Sri Lanka. *BMC Med Ethics.* 21, 1–10.
- Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan No.42 Tahun 2018 tentang Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit.
- SK Direktur RSUDZA No.061.1/100/2021 tentang Susunan Personalia Komite Etik dan Hukum RSUD dr. Zainoel Abidin tahun 2021–2024.
- Saryono, S. (2011). *Metodologi Penelitian Kesehatan: Penuntun Praktis Bagi Pemula.* Yogyakarta: Mitra Cendikia Press.
- Shiju, R., Thankachan, S., Akhil, A., & Bennakhi, A. (2021). Knowledge and attitude toward ethics committee and ethical research practice among researchers of three sectors: an institutional study in Kuwait. *Research Square.* 1–21.
- Sugiyono, S. (2012). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D.* Bandung: Alfabeta.
- Tahira, Q.A., Lodhi, S., Haider, S.T., & Abaidullah, S. (2013). The study of knowledge, attitude and practice of medical law and ethics among doctors in a tertiary care hospital. *Annals.* 19, 55–60.
- Thomas, T.E., & Magendran, J. (2020). Awareness of medicolegal issues among medical college health professionals. *Medicolegal Update.* 20, 1–5.
- Tiruneh, M.A., Ayele, B.T., & Beyene, K.G.M. (2019). Knowledge of, and attitudes toward, codes of ethics and associated factors among medical doctors in Addis Ababa, Ethiopia. *Medicolegal and Bioethics.* 9, 1–10.
- Varghese, A.L., Vaswani, V.R., Kumar, B.K., & Shenoy, V. (2016). Awareness and attitude of medical negligence and medical ethics among interns and resident doctors. *Int J Curr Microbiol App Sci.* 5, 532–535.
- Williamson, L., McLean, S., & Connell, J. (2007). Clinical Ethics Committees In The United Kingdom: Towards Evaluation. *Medical Law International.* 8, 221–238.