



TRANSAKSI TERAPEUTIK DALAM UPAYA PELAYANAN MEDIS DI RUMAH SAKIT



Dr. Hj. Endang Kusuma Astuti, S.H., M.Hum

TRANSAKSI TERAPEUTIK

DALAM UPAYA PELAYANAN MEDIS

DI RUMAH SAKIT

Dr. Hj. Endang Kusuma Astuti, S.H., M.Hum.



PENERBIT PT CITRA ADITYA BAKTI
BANDUNG 2009

BIO DATA

Dr. H. Endang Kusuma Astuti, S.H., M.Hum.

TRANSAKSI TERAPEUTIK DALAM UPAYA PELAYANAN MEDIS DI RUMAH SAKIT

Dr. Hj. Endang Kusuma Astuti, S.H., M.Hum.



**PENERBIT PT CITRA ADITYA BAKTI
BANDUNG 2009**

TRANSKSI TERAPEUTIK
DALAM UPAYA PELAYANAN MEDIS
DI RUMAH SAKIT

Hak cipta yang dilindungi undang-undang pada: Pengarang
Hak Penerbitan pada : Penerbit PT Citra Aditya Bakti
Cetakan Ke I : Tahun 2009
No. Kode Penerbitan : 09 TH 371

Sebagian atau seluruhnya isi buku ini dilarang digunakan
atau diperbanyak dalam bentuk apa pun tanpa izin tertulis
dari Penerbit Citra Aditya Bakti, kecuali dalam hal
pengutipan untuk keperluan penulisan
artikel atau karangan ilmiah
Computer setting, layout, oleh penerbit
PT CITRA ADITYA BAKTI

ISBN : 978 - 979 - 414 - 965 - 2

Anggota IKAPI

BIODATA

Nama : Dr. Hj. Endang Kusuma Astuti, S.H., M.Hum.
NIP : 0091
Pangkat/Golongan : Asisten Ahli/III-B
Jabatan Fungsional : Dosen Fakultas Hukum UNRARIS
Jabatan Struktural : Kepala Pusat Pendidikan Sosial, Agama, Budaya,
merangkap Kepala Pusat Pemberdayaan Ekonomi
UNRARIS
Alamat Kantor : Fakultas Hukum UNRARIS/LPPM
Jl. Tentara Pelajar No.13 Ungaran
Telp. Kantor : (024) 692 4723/692 3180

Riwayat Pendidikan:

1. S-1 Fakultas Hukum Untag Semarang Jurusan Hukum Perdata Barat, Lulus Tahun 1992
2. S-2 Fakultas Pascasarjana UGM Yogyakarta Bidang Studi Ilmu Hukum Jurusan Hukum Perdata, Lulus Tahun 1996
3. S-3 Program Doktor Ilmu Hukum Undip Semarang, Lulus Tahun 2003

Mata Kuliah yang Diasuh:

1. Hukum Keluarga
2. Hukum Benda
3. Hukum Perikatan
4. Hukum Jaminan
5. Hukum Waris
6. Hukum Perjanjian
7. Hukum Kedokteran (Kapita Selektta Hukum Perdata)

Daftar Tulisan yang Diterbitkan di Majalah:

1. Judul : Peranan Informed Consent dalam Hubungan Hukum antara Dokter dengan Pasien dalam Upaya Pelayanan Medis
Tahun : 2003

Majalah : Jurnal Ilmiah Masalah-Masalah Hukum Fakultas Hukum
Undip, Vol. XXXII, No. 2, April—Juni 2003

ISSN : 0216-1389

2. Judul : Tanggung Jawab Dokter dalam Upaya Pelayanan Medis
terhadap Pasien

Tahun : 2003

Majalah : Buku Aneka Wacana tentang Hukum

ISBN : 979-21-0807-6

Penerbit : Kanisius Yogyakarta

3. Judul : Tanggung Jawab Hukum Dokter terhadap Pasien dalam
Upaya Pelayanan Medis

Tahun : 2004

Majalah : Jurnal Ilmiah Masalah-Masalah Hukum Fakultas Hukum
Undip, Vol. XXXIII, No. 1, Januari—Maret 2004

ISSN : 0216-1389

4. Judul : Aspek Hukum Transaksi Terapeutik antara Dokter dengan
Pasien dalam Upaya Pelayanan Medis

Tahun : 2004

Majalah : Jurnal Ilmiah Hukum dan Dinamika Masyarakat UNTAG
Vol. I, No.1, April 2004

ISSN : 0854-2031

5. Judul : Aspek Hukum Hubungan antara Dokter dengan Pasien

Tahun : 2004

Majalah : DEXA Media/Majalah Kedokteran dan Farmasi Vol. 17,
No. 3, Juli—Oktober 2004

ISSN : 0215-7551

6. Judul : Tinjauan Kritis terhadap Positivisme Hukum

Tahun : 2003

Majalah : Jurnal Widya Yuridika Bidang Hukum dan HAM, Fakultas
Hukum Universitas Widya Gama Malang, Vol. 12, No. 1,
Desember 2004

ISSN : 1411-0652

7. Judul : Hubungan Hukum antara Dokter dengan Pasien dalam Upaya Pelayanan Medis
Tahun : 2005
Majalah : Legality Jurnal Ilmiah Hukum, Fakultas Hukum Muhamadiyah Malang, Vol. 13, No. 1, Maret—Agustus 2005
ISSN : 0854-6509

Semarang, April 2006

Yang membuat,

Dr. Hj. Endang Kusuma Astuti, S.H., M.Hum.

KATA PENGANTAR

Dengan rasa syukur yang teramat dalam, penulis panjatkan ke hadirat Allah swt. yang telah melimpahkan rahmat, taufik, dan hidayahnya serta petunjuk dan kekuatan sehingga penulis dapat menyelesaikan buku teks hasil penelitian yang berjudul *Transaksi Terapeutik dalam Upaya Pelayanan Medis di Rumah Sakit*.

Penelitian ini diawali dari rasa keprihatinan penulis yang mengamati banyaknya sengketa antara dokter dan pasien yang muncul ke permukaan, yaitu dengan dimuatnya tulisan tersebut pada berbagai media cetak yang tersebar di seluruh Indonesia, bahkan dari beberapa kasus telah muncul dan diselesaikan melalui jalur hukum, yaitu melalui pengadilan. Hubungan yang kurang harmonis tersebut dipicu oleh ketidakpuasan dari beberapa pasien atas pelayanan yang diberikan oleh dokter terhadap dirinya atau keluarganya. Bahkan, seperti halnya puncak gunung es yang kelihatan muncul di permukaan hanya sedikit. Namun, jika diteliti lebih mendalam, akan dijumpai banyak sekali kasus sengketa dokter dengan pasien yang tidak sampai ke media massa.

Sebenarnya, sorotan masyarakat terhadap profesi dokter merupakan suatu pertanda bahwa saat ini sebagian masyarakat belum puas terhadap pelayanan dan pengabdian profesi dokter kepada masyarakat. Perubahan karakteristik profesi dokter sebagai pemberi jasa dan perubahan masyarakat sebagai pengguna jasa di bidang kedokteran tersebut jika tidak didukung oleh peningkatan persepsi dan komunikasi antara dokter dan pasien dapat menimbulkan ketidakpuasan dan konflik antara keduanya dalam pelayanan medis.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa buku teks hasil penelitian ini masih banyak kekurangannya dan masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu,

semua kritik dan saran bagi kesempurnaan buku teks ini, penulis terima dengan hati yang tulus dan ucapan terima kasih.

Semarang, Maret 2009

Penulis

Dr. Hj. Endang Kusuma Astuti, S.H., M.Hum.

KATA SAMBUTAN

Penelitian yang telah dilakukan oleh **Dr. Hj. Endang Kusuma Astuti, S.H., M.Hum.** di beberapa rumah sakit dan sarana kesehatan lainnya di Jawa Tengah patut mendapat penghargaan karena membuktikan praktik dari transaksi terapeutik antara dokter dan pasien yang sejak awal dilafalkan oleh **Hippocrates** sebagai bapak ilmu kedokteran.

Landasan dalam melaksanakan pekerjaannya itu, dokter dibekali dengan Kode Etik Kedokteran Indonesia (Kodeki) yang hakikatnya bertumpu pada prinsip-prinsip etik: *autonomy, veracity, beneficence, nonmaleficence, confidentially*, dan *justice*.

Dengan demikian, dalam menjalankan tugas profesinya berkaitan erat dengan tanggung jawabnya sebagai dokter, yang meliputi tiga faktor, yaitu:

1. Tanggung jawab etis, landasannya adalah Kodeki;
2. Tanggung jawab profesi, yang didasarkan pada:
 - a. Pendidikan, pengalaman serta kualifikasi lain;
 - b. Derajat risiko perawatan;
 - c. Peralatan dan perawatan; dan
 - d. Fasilitas (prasarana).
3. Tanggung jawab hukum, yang didasarkan pada hukum perdata, hukum pidana, dan hukum administrasi.

Kapan tanggung jawab tersebut lahir, diungkapkan oleh peneliti melalui penggalan data dan informasi dari responden, baik yang mengalami rawat jalan maupun rawat inap di rumah sakit atau sarana kesehatan lainnya di Jawa Tengah.

Semuanya itu berkaitan erat dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi medis sehingga rumah sakit atau sarana kesehatan lainnya dipengaruhi oleh beberapa hal, yaitu:

1. Struktur dan organisasi pelayanan medis (dalam arti luas pelayanan kesehatan) yang membutuhkan tenaga kesehatan (dokter, apoteker, perawat, atau paramedis) dalam memerankan fungsinya.
2. Perilaku sosial dan budaya, terutama yang berkaitan dengan pandangan dan praktik tenaga kesehatan dalam upayanya menyelenggarakan pelayanan kesehatan.

Semoga peneliti masih akan melanjutkan penelitiannya di bidang kesehatan. Buku ini patut digunakan sebagai acuan wajib bagi pemberi informasi (pengajaran) bidang kesehatan dan kedokteran.

Prof. Hj. Hermien Hadiati Koeswadji, S.H.

Pendamping

ABSTRAK

Penelitian ini mengkaji *Transaksi Terapeutik antara Dokter dengan Pasien dalam Upaya Pelayanan Medis di Rumah Sakit*. Penelitian ini bertujuan untuk menemukan saat terjadinya hubungan antara dokter dan pasien, penyebab terjadinya sengketa antara dokter dan pasien, dan seberapa jauh pertanggungjawaban dokter terhadap pasien dalam upaya pelayanan medis di rumah sakit.

Hubungan antara dokter dan pasien berawal dari pola hubungan yang vertikal yang bertolak dari prinsip *father knows best* yang melahirkan hubungan bersifat paternalistik. Dalam hubungan ini, kedudukan dokter dengan pasien tidak sederajat. Hubungan dokter dengan pasien melahirkan aspek hukum *inspanningverbintenis* yang objek perikatannya adalah upaya maksimal untuk kesembuhan/pemeliharaan kesehatan pasien yang dilakukan dengan secara hati-hati dan penuh ketegangan (berdasarkan ilmu pengetahuan dan pengalaman dokter untuk mengupayakan kesembuhan pasien).

Penelitian ini bertolak dari paradigma terpadu yang memusatkan perhatiannya pada realitas sosial tingkat makro dan mikro. Realitas sosial tingkat makro dalam mana manusia tidak dapat bertindak semaunya, tetapi tindakan manusia itu sepenuhnya ditentukan oleh norma-norma, kebiasaan, dan nilai-nilai yang dijunjung tinggi. Berdasarkan paradigma tersebut tindakan medis tertentu dokter terhadap pasien selalu diatur oleh aturan-aturan hukum, norma-norma, dan nilai-nilai yang telah disebut dalam lafal sumpah dokter, tetapi juga dalam Kode Etik Kedokteran Indonesia. Sedangkan mikro tercermin dalam hubungan hukum antara dokter dan pasien dalah merupakan hubungan yang sangat pribadi, individu dengan individu adalah merupakan tindakan sosial yang penuh arti dari individu.

Metode pendekatan penelitian ini menggunakan perpaduan antara metode pendekatan doktrinal untuk mendapatkan data sekunder dan nondoktrinal/sociolegal *research* untuk mendapatkan data primer. Analisisnya dilakukan secara deduktif untuk data sekunder dan secara induktif untuk data primer. Sedangkan lokasi penelitian di Kotamadya Semarang.

Berdasarkan analisis tersebut, dapat disimpulkan bahwa saat terjadinya transaksi terapeutik antara dokter dan pasien adalah pada saat pasien menyatakan keluhannya dan dokter menyanggupi untuk mengobati. Penyebab terjadinya sengketa antara dokter dan pasien adalah karena:

1. Adanya perubahan dalam masyarakat seiring dengan adanya globalisasi dan ekonomi.
2. Adanya kesenjangan antara harapan dan kenyataan yang diterima bagi pengguna jasa pelayanan medis.
3. Adanya perbedaan persepsi mengenai objek perikatan antara dokter dan pasien dan
4. Adanya miskomunikasi antara dokter dan pasien. Tanggung jawab dokter dalam upaya pelayanan medis di rumah sakit meliputi tanggung jawab etik, tanggung jawab profesi, dan tanggung jawab dokter yang berkaitan dengan hukum pidana, perdata, dan administrasi.

Kata kunci: Transaksi Terapeutik, Dokter, Pasien, dan Rumah Sakit.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	ix
KATA SAMBUTAN	xi
ABSTRAK	xiii
DAFTAR ISI	xv
DAFTAR BAGAN	xxi
DAFTAR TABEL	xxlii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. LATAR BELAKANG	1
B. PERUMUSAN MASALAH	5
C. TUJUAN PENELITIAN	5
D. MANFAAT PENELITIAN	5
E. KERANGKA TEORETIK	6
BAB II DOKTER DAN PROFESI DOKTER	17
A. PENGERTIAN	17
1. Dokter	17
2. Profesi Dokter	17
B. PERSYARATAN MELAKUKAN PEKERJAAN DOKTER	25

xv

C.	STANDAR PROFESI DOKTER.....	27
1.	Unsur-Unsur Standar Profesi Medis.....	30
2.	Rumusan Standar Profesi Dokter.....	33
D.	ETIKA PROFESI KEDOKTERAN.....	38
E.	PELAKSANAAN PROFESI DOKTER.....	47
BAB III	DESKRIPSI LATAR RUMAH SAKIT SEBAGAI SARANA PELAYANAN MEDIS DALAM HUBUNGANNYA DENGAN DOKTER DAN PASIEN.....	51
A.	RUMAH SAKIT SEBAGAI SARANA PELAYANAN MEDIS.....	51
1.	Jenis Rumah Sakit.....	53
2.	Kode Etik Rumah Sakit.....	61
3.	Hak dan Kewajiban Rumah Sakit.....	64
a.	Hak rumah sakit.....	64
b.	Kewajiban rumah sakit.....	65
4.	Rekam Medis sebagai Bukti Tindakan Medis yang Dilakukan oleh Dokter di Rumah Sakit..	66
a.	Sejarah perkembangan, kepemilikan, dan lama penyimpanan rekam medis...	66
b.	Isi dan kerahasiaan rekam medis.....	75
B.	HUBUNGAN HUKUM RUMAH SAKIT DENGAN DOKTER DAN PASIEN.....	79
1.	Hubungan Hukum antara Rumah Sakit dan Dokter.....	79
2.	Hubungan Hukum antara Rumah Sakit dan Pasien.....	86
BAB IV	TRANSAKSI TERAPEUTIK ANTARA DOKTER DAN PASIEN DI RUMAH SAKIT.....	97
A.	PENGERTIAN.....	97

B.	POLA HUBUNGAN TRANSAKSI TERAPEUTIK ..	97
C.	SAAT TERJADINYA TRANSAKSI TERAPEUTIK .	105
D.	SYARAT SAHNYA TRANSAKSI TERAPEUTIK ...	115
E.	ASAS HUKUM DALAM TRANSAKSI TERAPEUTIK	123
BAB V	PERAN INFORMED CONSENT DALAM TRANSAKSI TERAPEUTIK	129
A.	PENGERTIAN INFORMED CONSENT.....	129
B.	INFORMASI YANG HARUS DISAMPAIKAN KEPADA PASIEN	131
C.	BENTUK INFORMED CONSENT	141
	1. Informed Consent yang Dinyatakan secara Tegas.....	141
	2. Informed Consent yang Dinyatakan secara Diam-Diam/Tersirat	141
D.	FORMULIR PERSETUJUAN (CONCENT FORM) .	142
E.	TEORI INFORMED CONSENT.....	144
F.	DASAR HUKUM INFORMED CONSENT	147
G.	KENDALA DALAM MENDAPATKAN INFORMED CONSENT	151
	1. Kendala tentang Informasi.....	151
	2. Kendala tentang Persetujuan	153
BAB VI	HAK DAN KEWAJIBAN ANTARA DOKTER DAN PASIEN	157
A.	HAK DAN KEWAJIBAN DOKTER TERHADAP PASIEN	157
	1. Hak Dokter.....	157
	2. Kewajiban Dokter terhadap Pasien	162

B.	HAK DAN KEWAJIBAN PASIEN TERHADAP DOKTER	168
1.	Hak Pasien	168
2.	Kewajiban Pasien terhadap Dokter	189
BAB VII KELALAIAN MEDIS, MALPRALTIK, DAN PENYEBAB SENGKETA MEDIS		191
A.	KELALAIAN MEDIS	191
1.	Definisi Kelalaian	191
2.	Unsur-Unsur Kelalaian Medis	193
3.	Tolok Ukur Kelalaian Medis	197
a.	Tinjauan dari segi hukum pidana	197
b.	Tinjauan dari segi hukum perdata	200
B.	MALPRAKTIK MEDIS	202
1.	Definisi Malpraktik	202
2.	Kriteria Malpraktik	207
a.	Criminal malpractice	207
b.	Civil malpractice	211
c.	Administrative malpractice	213
3.	Teori-Teori Malpraktik	214
4.	Pembuktian Malpraktik	225
C.	PENYEBAB SENGKETA ANTARA DOKTER DAN PASIEN	234
BAB VIII PERTANGGUNGJAWABAN DOKTER TERHADAP PASIEN DALAM UPAYA PELAYANAN MEDIS DI RUMAH SAKIT		253
A.	TANGGUNG JAWAB ETIS	253
1.	Pelanggaran Etik Murni	257
2.	Pelanggaran Etikolegal	259

B.	TANGGUNG JAWAB PROFESI	265
C.	TANGGUNG JAWAB HUKUM.....	266
1.	Tanggung Jawab Hukum Dokter dalam Bidang Hukum Perdata	266
a.	Tanggung jawab hukum perdata karena wanprestasi	268
b.	Tanggung jawab perdata dokter karena perbuatan melanggar hukum (onrecht- matige daad)	270
2.	Tanggung Jawab Hukum Dokter dalam Bidang Hukum Pidana.....	280
3.	Tanggung Jawab Hukum Dokter dalam Bidang Hukum Administrasi.....	284
BAB IX	PENUTUP	287
A.	KESIMPULAN	287
1.	Saat Terjadinya Hubungan Hukum antara Dokter dan Pasien.....	287
2.	Penyebab Terjadinya Sengketa antara Dokter dan Pasien.....	287
3.	Tanggung Jawab Dokter terhadap Pasien dalam Upaya Pelayanan Medis di Rumah Sakit	288
B.	SARAN	289
	DAFTAR PUSTAKA	291
	LAMPIRAN-LAMPIRAN:	
LAMPIRAN I	KEPUTUSAN PERKARA NOMOR 30/PDT.G/2001/ PN SMG	299

LAMPIRAN II	PUTUSAN NOMOR 30/PDT.G/2001/PN PKL.....	305
LAMPIRAN III	SALINAN RESMI PUTUSAN PERKARA PERDATA NOMOR 74/PDT/G/2001/PN SMG.....	317

DAFTAR BAGAN

Bagan 1 :	Subsistem-Subsistem Fungsional dalam Sistem Sosial.....	11
Bagan 2 :	Hubungan Subsistem dengan Fungsi Primernya ..	12
Bagan 3 :	Struktur Organisasi Rumah Sakit Swasta dengan Tenaga Tetap dan Tenaga Tidak Tetap	58
Bagan 4 :	Jenis Tenaga Kesehatan yang Dicakup dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan	82
Bagan 5 :	Model Penderita sebagai Individu yang Mempunyai Otonomi.....	134
Bagan 6 :	Model Hubungan Komunikasi Dokter-Pasien dalam Mendapatkan Informed Consent	137
Bagan 7 :	Informed Consent sebagai Sintesis dan Suatu Tesis serta Antitesis	140
Bagan 8 :	Skema Hak Pasien dalam Profesi Kedokteran	188

DAFTAR TABEL

Tabel 1	: Saat Terjadinya Transaksi Terapeutik antara Dokter dan Pasien di Rumah Sakit Pendidikan Tipe B, Rumah Sakit Pemerintah Tipe B dan C, dan Rumah Sakit Swasta Tipe B dan C di Semarang yang Diambil sebagai Sampel	106
Tabel 2	: Saat Terjadinya Transaksi Terapeutik antara Dokter dan Pasien di Rumah Sakit Pendidikan Tipe B, Rumah Sakit Pemerintah Tipe B dan C, dan Rumah Sakit Swasta Tipe B dan C di Semarang yang Diambil sebagai Sampel	107
Tabel 3	: Saat Terjadinya Transaksi Terapeutik antara Dokter dan Pasien di Rumah Sakit Pendidikan Tipe B, Rumah Sakit Pemerintah Tipe B dan C, dan Rumah Sakit Swasta Tipe B dan C di Semarang yang Diambil sebagai Sampel	109
Tabel 4	: Saat Terjadinya Transaksi Terapeutik antara Dokter dan Pasien dalam Upaya Pelayanan Medis Responden Dokter Umum	110
Tabel 5	: Saat Terjadinya Transaksi Terapeutik antara Dokter dan Pasien dalam Upaya Pelayanan Medis Responden Dokter Spesialis	111
Tabel 6	: Saat Terjadinya Transaksi Terapeutik antara Dokter dan Pasien dalam Upaya Pelayanan Medis Responden Dokter Umum	112

Daftar Tabel

Tabel 7	: Saat Terjadinya Transaksi Terapeutik antara Dokter dan Pasien dalam Upaya Pelayanan Medis Responden Dokter Spesialis	113
Tabel 8	: Saat Terjadinya Transaksi Terapeutik antara Dokter dan Pasien dalam Upaya Pelayanan Medis Responden Dokter Spesialis	113
Tabel 9	: Saat Terjadinya Transaksi Terapeutik antara Dokter dan Pasien dalam Upaya Pelayanan Medis Responden Dokter Spesialis	114
Tabel 10	: Sengketa Dokter dan Pasien yang Diadukan kepada Direktur Rumah Sakit Swasta di Semarang . .	243
Tabel 11	: Sengketa antara Dokter dan Pasien yang Diadukan kepada Direktur Rumah Sakit Pemerintah dan Rumah Sakit Pendidikan di Semarang	244
Tabel 12	: Reaksi Pasien yang Tidak Puas atas Pelayanan Dokter di Rumah Sakit Pemerintah, Pendidikan, dan Swasta yang Diambil sebagai Sampel Responden: Pasien	247
Tabel 13	: Penyebab Sengketa antara Dokter dan Pasien Responden: Pasien	264
Tabel 14	: Sengketa antara Pasien dan Dokter Berdasarkan Perbuatan Melanggar Hukum Responden: Pasien .	272

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Penelitian ini mengkaji *Transaksi Terapeutik antara Dokter dengan Pasien dalam Upaya Pelayanan Medis di Rumah Sakit*. Akhir-akhir ini, sengketa antara dokter dan pasien sering terjadi, bahkan dari beberapa konflik tersebut melibatkan rumah sakit sebagai salah satu sarana kesehatan, tempat dokter tersebut mengabdikan diri turut digugat. Beberapa kasus kemudian muncul di media massa, bahkan hal ini seperti halnya puncak gunung es yang kelihatan muncul di permukaan hanya sedikit, padahal kasus-kasus yang tidak sampai mencuat ke media massa banyak sekali terjadi.

Sebenarnya, perhatian masyarakat terhadap profesi dokter merupakan satu gejala bahwa saat ini sebagian masyarakat belum puas terhadap pelayanan medis dan pengabdian profesi dokter di masyarakat. Pada umumnya, ketidakpuasan para pasien dan keluarga pasien terhadap pelayanan dokter karena harapannya yang tidak dapat dipenuhi oleh para dokter. Dengan perkataan lain, terdapat kesenjangan antara harapan dan kenyataan yang didapatkan oleh pasien dalam pelayanan medis di rumah sakit.

Kesehatan merupakan hal yang sangat penting bagi semua orang sehingga jika seseorang merasa badannya tidak sehat, akan segera menghubungi dokter untuk menyembuhkan penyakitnya. Begitu pentingnya masalah kesehatan sehingga transaksi terapeutik antara dokter dan pasien merupakan hal yang penting untuk diteliti.

Sehat adalah kebutuhan mutlak bagi setiap orang karena sehat adalah modal utama untuk menghadapi masa depan dan tiada masa depan apabila tidak sehat. Sebagaimana WHO yang mengatakan: *"health is not everything but without health, everything is nothing"* merupakan refleksi kehidupan nyata. Sewaktu kesehatan terganggu atau sakit, akan terasa bahwa segala sesuatunya menjadi tak berarti apa-apa.¹

Jadi, kesehatan bukan hanya meningkatkan usia harapan hidup serta berkurangnya angka kematian, melainkan ada yang lebih penting, yaitu mencegah terjadinya generasi yang hilang (*lost generations*), generasi yang kehilangan kemampuan bersaing pada era global akibat produktivitas menurun karena tidak sehat.

Kesehatan sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia, sebagaimana dimaksud dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar 1945 melalui pembangunan nasional yang berkesinambungan berdasarkan Pancasila dan Undang-Undang Dasar 1945.

Bahwa pembangunan kesehatan diarahkan untuk mempertinggi derajat kesehatan, yang besar artinya bagi pembangunan dan pembinaan sumber daya manusia Indonesia dan sebagai modal bagi pelaksanaan pembangunan nasional, yang pada hakikatnya adalah pembangunan manusia Indonesia seutuhnya dan pembangunan seluruh masyarakat Indonesia.

Dalam rangka mencapai cita-cita bangsa tersebut, diselenggarakan pembangunan nasional di semua bidang kehidupan yang berkesinambungan yang merupakan suatu rangkaian pembangunan yang menyeluruh, terpadu, dan terarah.

-
- 1) Periksa Sarsintorini Putra. *Perspektif Hukum Kesehatan Indonesia dalam Mewujudkan Derajat Kesehatan Masyarakat yang Optimal*. Pidato Pengukuhan Guru Besar Ilmu Hukum pada Universitas 17 Agustus 1945, Semarang, 2003, h. 3. Kesehatan adalah sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Jadi, arti 'sehat' tidak hanya bebas dari penyakit saja, tetapi orang tersebut dapat bekerja dan bersosialisasi dengan baik.

Pembangunan kesehatan harus memerhatikan berbagai asas yang memberikan arah pembangunan kesehatan dan dilaksanakan melalui upaya kesehatan, sebagai berikut:²

1. **Asas Perikemanusiaan yang Berdasarkan Ketuhanan Yang Maha Esa**

Berarti bahwa penyelenggaraan kesehatan harus dilandasi atas perikemanusiaan yang berdasarkan Ketuhanan Yang Maha Esa dan tidak membeda-bedakan golongan, agama, dan bangsa.

2. **Asas Manfaat**

Berarti memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi kemanusiaan dan perikehidupan yang sehat bagi setiap warga negara.

3. **Asas Usaha Bersama dan Kekeluargaan**

Berarti bahwa penyelenggaraan kesehatan dilaksanakan melalui kegiatan yang dilakukan oleh seluruh lapisan masyarakat dan dijiwai oleh semangat kekeluargaan.

4. **Asas Adil dan Merata**

Berarti bahwa penyelenggaraan kesehatan harus dapat memberikan pelayanan yang adil dan merata kepada segenap lapisan masyarakat dengan biaya yang terjangkau oleh masyarakat.

5. **Asas Perikehidupan dalam Keseimbangan**

Berarti bahwa penyelenggaraan kesehatan harus dilaksanakan seimbang antara kepentingan individu dan masyarakat, antara fisik dan mental, atau antara materiil dan spiritual.

6. **Asas Kepercayaan pada Kemampuan dan Kekuatan Sendiri**

Berarti bahwa penyelenggaraan kesehatan harus berlandaskan pada kepercayaan akan kemampuan dan kekuatan sendiri dengan memanfaatkan potensi nasional seluas-luasnya.

² Periksa Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992, Pasal 2.

Penyelenggaraan upaya kesehatan dilakukan secara serasi dan seimbang oleh pemerintah dan masyarakat, termasuk swasta. Agar penyelenggaraan upaya kesehatan itu berhasil guna dan berdaya guna, maka pemerintah perlu mengatur, membina, dan mengawasi, baik upayanya maupun sumber dayanya.

Memperoleh pelayanan kesehatan adalah hak asasi setiap manusia. Pemerintah menyadari rakyat yang sehat merupakan aset dan tujuan utama dalam mencapai masyarakat adil dan makmur.

Oleh karenanya, pemerintah berkewajiban:

1. Menyelenggarakan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat.
2. Membiayai pelayanan kesehatan yang bersifat *public goods*, seperti imunisasi dan pemberantasan penyakit menular.
3. Kewajiban membiayai pelayanan kesehatan orang miskin dan usia lanjut.

Untuk memperoleh pelayanan kesehatan, maka pasien akan berhubungan dengan dokter. Dalam hubungan tersebut, terjadi transaksi terapeutik antara dokter dan pasien. Profesi dokter pada awalnya dianggap sebagai suatu profesi yang sangat disanjung-sanjung karena kemampuannya untuk mengetahui hal-hal yang tidak tampak dari luar. Bahkan, seorang dokter dianggap sebagai rohaniawan yang dapat menyembuhkan pasien dengan doa-doa.³

Pandangan itu kian bergeser sehingga kini dokter lebih dipandang sebagai ilmuwan yang pengetahuannya sangat diperlukan untuk menyembuhkan berbagai penyakit. Kedudukan dan peran dokter tetap dihormati, tetapi tidak lagi disertai unsur pemujaan. Dari dokter dituntut suatu kecakapan ilmiah tanpa melupakan segi seni dan artistiknya.

Perubahan hubungan antara dokter dan pasien sejalan pula dengan perkembangan ilmu dan teknologi, baik di bidang hukum maupun kedokteran

3) Periksa Van der Mijn. *Beroepswetgeving in de Gezondheidszorg*. Kluwer: Deventer. 1982 h. 33.

sendiri, hal ini disebabkan oleh bertumbuhnya kesadaran hukum masyarakat, khususnya Indonesia yang semakin membaik yang merupakan salah satu hasil pembangunan.

Perubahan masyarakat dokter sebagai pemberi jasa dan perubahan masyarakat sebagai pengguna jasa kedokteran tersebut jika tidak didukung oleh peningkatan komunikasi dan persamaan persepsi antara dokter dan pasien dapat menimbulkan ketidakpuasan dan dapat memicu konflik antara keduanya.

B. PERUMUSAN MASALAH

Berdasarkan uraian di atas, beberapa pokok permasalahan penelitian disertasi tersebut adalah sebagai berikut:

1. Kapan terjadinya transaksi terapeutik antara dokter dan pasien di rumah sakit?
2. Apakah yang menjadi penyebab terjadinya sengketa antara dokter dan pasien di rumah sakit?
3. Bagaimanakah bentuk pertanggungjawaban dokter terhadap pasien dalam upaya pelayanan medis di rumah sakit?

C. TUJUAN PENELITIAN

1. Untuk menemukan saat terjadinya transaksi terapeutik antara dokter dan pasien di rumah sakit.
2. Untuk menemukan penyebab terjadinya sengketa antara dokter dan pasien di rumah sakit.
3. Untuk menemukan seberapa jauh pertanggungjawaban dokter terhadap pasien dalam upaya pelayanan medis di rumah sakit.

D. MANFAAT PENELITIAN

1. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan bagi perkembangan teori ilmu hukum, khususnya bidang hukum kedokteran.

2. Penelitian ini diharapkan dapat menjadi manfaat praktis bagi para dokter dalam menjalankan tugas profesionalnya.
3. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat manajerial bagi pengelola rumah sakit dalam meningkatkan citra pelayanan medis terhadap masyarakat dan meningkatkan hubungan kerja antara dokter dan rumah sakit.
4. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat kepada pengguna (konsumen) jasa medis untuk dapat lebih memahami pelaksanaan kegiatan profesi medis, berikut tanggung jawabnya.

E. KERANGKA TEORETIK

Pokok permasalahan penelitian ini, yaitu *Hubungan Terapeutik antara Dokter dengan Pasien dalam Upaya Pelayanan Medis di Rumah Sakit*. Untuk mengkaji pokok permasalahan tersebut, dibutuhkan bingkai teori yang dapat membantu mendeskripsikan dan menjelaskan keseluruhan pokok permasalahan tersebut, yaitu:

1. Teori Interaksionisme Simbolik dari Blumer⁴

Pada bagian ini akan dijelaskan konsep tentang hubungan interaksi antara dokter dan pasien dalam transaksi terapeutik, konsep tentang hukum dan norma serta bagaimana fungsi hukum dalam pembangunan hukum nasional dilaksanakan di Indonesia. Untuk melakukan pemahaman secara teoretik terhadap hubungan interaksi yang terjadi antara dokter dan pasien digunakan teori hubungan interaksionisme simbolik.

Hubungan interaksi antara dokter dan pasien dalam transaksi terapeutik merupakan hubungan yang sangat pribadi antara individu dan individu. **Herbert Blumer**, seorang tokoh modern dari teori interaksionisme simbolik ini menjelaskan perbedaan antara teori ini dan *behaviorisme* sebagai berikut. Menurut **Blumer**, istilah inter-

4) Periksa Herbert Blumer. *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. Englewood Cliff, N.J. Prentice Hall, 1969, h. 2.

aksionisme simbolik menunjuk pada sifat khas dari interaksi antara manusia. Kekhasannya adalah bahwa manusia saling menerjemahkan dan saling mendefinisikan tindakannya. Bukan hanya sekadar reaksi belaka dari tindakan seseorang terhadap orang lain. Tanggapan seseorang tidak dibuat secara langsung terhadap tindakan orang lain, tetapi didasarkan atas makna yang diberikan terhadap tindakan orang lain itu. Interaksi antarindividu, ditandai oleh penggunaan simbol-simbol, interpretasi, atau dengan saling berusaha untuk saling memahami maksud dari tindakan masing-masing. Jadi, dalam proses interaksi manusia itu bukan suatu proses di mana adanya stimulus secara otomatis dan langsung menimbulkan tanggapan atau respons. Akan tetapi, antara stimulus yang diterima dan respons yang terjadi sesudahnya, diantarai oleh proses interpretasi oleh si aktor. Jelas, proses interpretasi ini ialah proses berpikir yang merupakan kemampuan yang khas yang dimiliki manusia. Proses interpretasi yang menjadi penengah antara stimulus dan respons menempati posisi kunci dalam teori interaksionisme simbolik.

Dalam hubungan yang terjadi selama ini, teramati adanya hubungan kebergantungan dari pasien terhadap dokter. Dokter adalah pemegang kendali kekuasaan terhadap pasien yang awam akan pengetahuan tentang kedokteran sehingga kedudukan dokter cenderung lebih tinggi daripada pasien. Karena kemampuan dan kecakapan dokter dalam bidang kesehatan hampir-hampir tidak diragukan oleh pasien sehingga hampir semua keputusan ada di tangan dokter. Kedudukan dokter yang lebih tinggi itu, pada umumnya dilandasi pada faktor kepercayaan pasien akan kemampuan dan kecakapan dokter tentang kesehatan; keawaman pasien terhadap profesi kedokteran.

Hubungan interaksionisme simbolik berasumsi bahwa pengalaman manusia ditengahi oleh penafsiran. Objek, orang, situasi, dan peristiwa tidak memiliki pengertiannya sendiri, sebaliknya pengertian itu diberikan untuk mereka.⁵ Teori hubungan interaksionisme simbolik

5) Periksa Lexy J. Moleong. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Remaja Rosdakarya, Bandung, 2000, h. 10.

dikembangkan berdasarkan paham pemikiran psikologi⁶ dan diturunkan dari pakar Amerika, seperti **James M. Baldwin**, **John Dewey**, **George Herbert Mead**, dan dilanjutkan oleh pemikiran-pemikiran sosiologis, baik yang dirintis oleh **Charles Horton Cooley**, **William Isaac Thomas**, **Manford Kuhn**, maupun **Herbert Blumer**.

Blumer⁷ mengatakan bahwa hubungan interaksionisme simbolik merujuk pada karakter hubungan khusus yang berlangsung antara manusia. Aktor tidak semata-mata bereaksi terhadap tindakan yang lain, tetapi dia menafsirkan dan mendefinisikan setiap tindakan orang lain itu. Respons aktor selalu didasarkan atas penilaian makna tersebut. Oleh karena itu, hubungan manusia dijumpai oleh penggunaan simbol-simbol penafsiran atau dengan menemukan makna tindakan orang lain.

Hubungan interaksionisme simbolik bertumpu pada tiga premis, yaitu:

- a. Manusia bertindak terhadap sesuatu berdasarkan makna-makna yang ada pada sesuatu (benda) itu bagi mereka;
- b. Makna tersebut merupakan hasil hubungan sosial seseorang dengan orang lain dalam masyarakat; dan
- c. Makna-makna tersebut disempurnakan pada saat proses hubungan berlangsung melalui proses penafsiran oleh setiap individu dalam keterlibatannya dengan simbol-simbol yang dihadapi.

Ada tujuh prinsip dasar yang digunakan hubungan interaksionisme simbolik (dikemukakan **George Ritzer**⁸), yaitu:

- a. Manusia tidak seperti hewan, ia dikaruniai kemampuan berpikir;

6) Periksa HR. Hariadi Soeprapto. *Hubungan Interaksionisme Simbolik*. Pustaka Pelajar, Yogyakarta, 2002, h. xiii.

7) Irving M. Zeitlin. *Memahami Kembali Sosiologi*. Terjemahan Anshori dan Juhanda, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta, 1995, h. 331—336.

8) George Ritzer. *Sociological Theory*, McGraw-Hill, 1992, h. 348.

- b. Kemampuan berpikir tersebut dibentuk oleh hubungan sosial;
- c. Dalam hubungan sosial, manusia mempelajari simbol-simbol yang memungkinkan mereka menggunakan kemampuan khusus mereka untuk berpikir;
- d. Makna-makna dan simbol-simbol memungkinkan manusia secara khusus membedakan aksi dan hubungan;
- e. Manusia dapat mengubah makna-makna dan simbol-simbol yang mereka gunakan dalam aksi dan hubungan berdasarkan interpretasi mereka terhadap situasi tertentu;
- f. Manusia dapat membuat perubahan-perubahan ini karena kemampuan mereka berhubungan dengan diri mereka sendiri, yang memungkinkan mereka menguji bagian aksi yang dimungkinkan, menilai keuntungan dan kerugian mereka dan memilih salah satunya; dan
- g. Pola-pola aksi dan hubungan yang telah jalin-menjalin membentuk kelompok-kelompok dan masyarakat.

Kesimpulan teori hubungan interaksionisme simbolik dalam hubungan antarmanusia, yaitu:

- a. Manusia merupakan makhluk yang mampu menciptakan, mengembangkan, dan menggunakan simbol-simbol yang maknanya sangat bergantung pada konteks hubungan mereka;
- b. Manusia menggunakan simbol sebagai sarana komunikasi. Manusia sebagai aktor tidak semata-mata bereaksi terhadap tindakan orang lain, tetapi memberikan pemaknaan terhadap setiap tindakan itu dan respons aktor, baik secara langsung maupun tidak langsung didasarkan atas makna tindakan tersebut;
- c. Manusia berkomunikasi dengan mengambil peran dan persepsi tertentu; dan
- d. Manusia membentuk masyarakat, mempertahankan, dan mengubahnya adalah berdasarkan kemampuan pikiran sehingga

mampu mendefinisikan, merenungkan, dan kemudian melakukan evaluasi.

2. Teori Struktural Fungsional dari Robert K. Merton

Teori ini menekankan pada keteraturan dan mengabaikan konflik dan perubahan-perubahan dalam masyarakat.⁹

Menurut teori ini, masyarakat merupakan suatu sistem yang terdiri atas bagian-bagian atau elemen yang saling berkaitan dan saling menyatu dalam keseimbangan. Perubahan yang terjadi pada satu bagian akan membawa perubahan pula terhadap bagian yang lain. Asumsi dasarnya adalah bahwa setiap struktur dalam sistem sosial, fungsional terhadap yang lainnya. Sebaliknya, kalau tidak fungsional, struktur itu tidak akan ada atau akan hilang dengan sendirinya. Penganut teori ini cenderung untuk melihat hanya pada sumbangan satu sistem atau peristiwa terhadap sistem yang lain dan karena itu mengabaikan kemungkinan bahwa suatu peristiwa atau suatu sistem dapat beroperasi menentang fungsi-fungsi lainnya dalam suatu sistem sosial.

Pada dasarnya, teori struktural fungsional berfungsi untuk menjelaskan determinasi struktur terhadap tingkah laku seseorang.¹⁰ Asumsi dasar teori ini adalah perilaku seseorang dipengaruhi oleh nilai-nilai, norma-norma, dan mekanisme yang berlaku dalam lingkungan sosial di mana ia berada. Dikatakan bahwa masyarakat ataupun kelompok sosial lainnya merupakan suatu sistem sosial yang terdiri atas bagian yang menyatu dalam keseimbangan. Demikian pula halnya, seorang dokter yang bekerja di sebuah rumah sakit, maka dalam menjalankan tugas profesionalnya dipengaruhi oleh nilai-nilai dan norma perilakunya yang telah diatur dalam Kode Etik Kedokteran Indonesia dan Lafal Sumpah Dokter. Selain itu, dia

9) Periksa George Ritzer, *Modern Sociological Theory*. The McGraw-Hill Companies, INC, USA, 1996, h. 111.

10) Periksa Ignas Kleden. *Sikap Ilmiah dan Kritik Kebudayaan*. LP3ES, Jakarta, 1987, h. 49.

terikat pula dengan aturan-aturan hukum yang berlaku dan juga aturan dalam *hospital by laws* di mana dia mengabdikan dirinya.

Berdasarkan teori ini, maka jika terjadi konflik antara dokter dan pasien, akan diselesaikan melalui berbagai upaya agar tidak terjadi secara berlarut-larut, terutama dijalin suatu komunikasi yang baik antara keduanya. Dalam hal ini, rumah sakit melalui komite medik-nya berupaya untuk menjembatani dan berperan sebagai penengah terhadap permasalahan tersebut untuk dapat dicapai suatu kesepakatan antara dokter, pasien, dan rumah sakit agar sama-sama saling tidak dirugikan.

Dalam sebuah sistem terdapat subsistem-subsistem yang terkonfigurasi secara tertentu pula, lewat apa yang disebut AGIL¹¹. Secara sistematis, model **Parsons** itu direkonstruksi **Satjipto Rahardjo**¹² dalam apa yang disebut subsistem dan fungsi primernya.

Bagan 1 Subsistem-Subsistem Fungsional dalam Sistem Sosial

Variabel Pola	A Universalisme	Partikularisme G
	<u>Prestasi (Performance)</u> Pencapaian (Achievement)	Ekonomi "Nilai-Nilai Ekonomis"
<u>Kualitas (Quality)</u> Bawaan (Ascription)	Sistem Motivasi "Nilai-Nilai Budaya"	Sistem Integrasi "Nilai-Nilai Integratif"
	L	I

Keempat Dimensi:

A = *Adaptation*

B = *Goal Attainment*

I = *Integration*

L = *Latency*

Sumber: **Robert N. Bellah**, 1992, h. 5.

- 11) Kerangka AGIL ini secara sistematis tampak seperti yang dibuat oleh Robert N. Bellah. *Religi Tokugawa: Akar-Akar Budaya Jepang*, yang diterjemahkan dalam bahasa Indonesia oleh W. Hafidz. Karta Sarana dan Gramedia, Jakarta, 1992, h. 5.
- 12) Periksa Satjipto Rahardjo. *Ilmu Hukum*. PT Citra Aditya Bakti, Bandung, 1996, h. 135.

Tiap subsistem dalam sistem selain terpasang dalam posisi tertentu, juga mengemban tugas yang tertentu pula. Walaupun sistem sosial terbentuk dari tindakan-tindakan individu, tindakan individu tersebut bergerak ke arah keseimbangan dan stabilitas. Tuntutan dan kebutuhan akan keseimbangan dan stabilitas inilah yang membuat manusia tidak sepenuhnya dalam keadaan bebas, tetapi sebaliknya terkondisi untuk terikat pada struktur di mana ia berada. Singkatnya, konfigurasi suatu sistem sosial (masyarakat) bersifat struktural fungsional.

Bagan 2

Hubungan Subsistem-Subsistem dengan Fungsi Primernya

Subsistem-Subsistem	Fungsi-Fungsi Primernya	Arus Informasi dan Energi
Budaya	Mempertahankan pola	
Sosial Politik	Integrasi Mengejar tujuan	
Ekonomi	Adaptasi	

Sumber: *Satjipto Rahardjo*, 1996, h. 135.

Itu berarti, tindakan atau perilaku manusia secara normatif diatur dan dikendalikan oleh nilai-nilai dan standar-standar normatif bersama. Sesuai dengan skema dasar teori sistem, dikatakan bahwa setiap sistem sosial selalu mempunyai empat dimensi, yaitu kultural, sosial, struktur/politik, dan ekonomi.¹³ Dimensi kultural terkait dengan persoalan nilai, yakni konsepsi/pemahaman bersama mengenai sesuatu yang bersifat harus dan sekaligus dipandang cukup

13) Periksa Talcott Parsons & Edward Shils, *Toward A General Theory of Action*. Harvard University Press, Cambridge and London, 1976, h. 7.

mulia untuk diperhatikan, yang menuntut kesetiaan dan ketaatan bersama. Faktor norma terkait dengan adanya kesepakatan mengenai aturan permainan dalam kelompok atau apabila para anggota kelompok berpegang pada norma atau aturan yang sama.

Dalam peta **Parsons**, fungsi primer dari subsistem sosial adalah untuk melakukan integrasi sehingga kefertiban dapat tercapai, oleh karena kepentingan-kepentingan serta kegiatan-kegiatan dari anggota masyarakat yang bermacam-macam itu dapat dirangkul dan disalurkan dengan baik, khususnya oleh norma-norma sosial sehingga tidak terjadi kesimpangsiuran dan kekacauan.

Dimensi struktur berhubungan dengan adanya kejelasan dan kesepakatan mengenai siapa yang mempunyai kendali terhadap lembaga-lembaga pengambilan keputusan di dalam kelompok. Sedangkan dimensi ekonomi berkaitan dengan persoalan alokasi/distribusi sumber daya bersama dalam kelompok. Prinsip-prinsip dasar ini menurut **Parsons** adalah bersifat semesta dan mengendalikan semua tipe perilaku manusia yang lintas budaya.¹⁴ Dengan demikian, perilaku individu tidak lain merupakan perilaku yang berorientasi pada nilai, yakni standar-standar normatif yang mengendalikan pilihan-pilihan individu tersebut.

Sesuai dengan logika struktural fungsional, dapat dikatakan bahwa individu-individu (dokter) sebagai anggota rumah sakit ataupun anggota kelompok profesi, selalu mempunyai kepentingan terhadap kelompok. Itulah sebabnya secara pribadi dan sosial, mereka terdorong untuk mengambil bagian dalam proses sosial di lingkungan kelompoknya itu.¹⁵ Kehidupan bersama yang dijamin oleh kelompok dan tujuan bersama yang dirumuskannya, sesungguhnya melampaui kepentingan-kepentingan pribadi anggota-anggotanya.

14) Periksa Doyle Paul Johnson. *Teori Sosiologi Klasik dan Modern*. Terjemahan Robert M.Z. Lawang, PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta, 1990, h. 99—113.

15) Periksa George Ritzer. *Sosiologi Ilmu Pengetahuan Berparadigma Ganda*. PT Raja Grafindo Persada, Jakarta, 2002, h. 21.

bahkan menaklukkannya di bawah kepentingan kelompok sebagai keseluruhan.¹⁶

Theodore Steeman mengonstatasi, bahwa apa yang secara formal membentuk sebuah masyarakat dan juga kelompok adalah penerimaan umum oleh semua anggota terhadap sebuah pola tingkah laku bersama yang bersifat normatif.¹⁷ Pola tingkah laku yang normatif inilah yang harus dipandang sebagai unsur paling utama dari fenomena masyarakat sebagai suatu struktur yang terintegrasi.¹⁸ Sebuah kelompok dapat berfungsi hanya apabila anggota-anggotanya bersedia untuk mengintegrasikan diri di bawah sebuah pola tingkah laku yang normatif itu.¹⁹

Kehidupan bersama hanya mungkin apabila anggota-anggota kelompok bersedia mematuhi dan mengikuti aturan permainan yang telah ditentukan.²⁰

Saling kebergantungan antara individu dan struktur dikemukakan oleh **Peter L. Berger** lewat konsepnya tentang masyarakat sebagai konstruksi sosial. Menurut **Berger**, dikatakan bahwa masyarakat adalah hasil kegiatan manusia yang telah mencapai status sebagai realitas objektif. Masyarakat menghadapkan anggotanya pada kenyataan yang *external* dan *coersive* (bersifat memaksa).²¹

Fokus teori struktural fungsional adalah fakta-fakta sosial.²² Fakta sosial menunjuk pada dua hal, yakni struktur sosial dan pranata

16) Periksa Eka Darmaputera. *Pancasila Identitas dan Modernitas: Tujuan Etis Budaya* BPK Gunung Mulia, Jakarta, 1988, h. 7.

17) Periksa Theodore M. Steeman. *Religious Pluralism and National Integration*. Disertasi. Harvard University, London, 1973, h. 14.

18) *Ibid.*

19) Periksa Eka Darmaputera, 1988, *op. cit.*, h. 7.

20) *Ibid.*

21) Periksa Peter L. Berger. *The Sacred Canopy*, Garden City. Anchor Books, 1969, h. 11. Periksa juga Eka Darmaputera, 1988, *op. cit.*, h. 6—7.

22) Periksa George Ritzer, 2002, *op. cit.*, h. 21.

sosial. Struktur sosial, berupa jaringan hubungan sosial dalam mana hubungan sosial berproses dan terorganisasi. Dalam struktur itulah, posisi masing-masing individu atau anggota kelompok ditentukan dan dapat dibedakan satu dengan yang lain.²³ Sedangkan institusi/pranata, menunjuk pada norma-norma dan pola nilai bersama (*common values*) yang mengikat setiap anggota kelompok tersebut.²⁴ Sebagai orang yang bekerja di sebuah organisasi rumah sakit, seorang dokter selalu terikat pada aturan main dan kebijakan yang berlaku dalam rumah sakit yang bersangkutan. Dokter terikat dengan norma aturan yang dikeluarkan oleh rumah sakit atau yang disebut *hospital by laws*. Atas dasar pemikiran seperti inilah, maka penulis memutuskan untuk menggunakan teori fungsionalisme struktural sebagai poros teoretis dalam studi ini.

23) Periksa George Ritzer, 2002, *ibid.*, h. 22.

24) *ibid.*

BAB II

DOKTER DAN PROFESI DOKTER

A. PENGERTIAN

1. Dokter

Dokter adalah orang yang memiliki kewenangan dan izin sebagaimana mestinya untuk melakukan pelayanan kesehatan, khususnya memeriksa dan mengobati penyakit dan dilakukan menurut hukum dalam pelayanan di bidang kesehatan.¹

2. Profesi Dokter

Ada beberapa pengertian mengenai profesi dokter:

- a. Menurut **Rosceau Pound**,² dikemukakan bahwa:

"The word profession refers to a group of men pursuing a learned art as a common calling in the spirit of a public service no less a public service because it may incidentally be a means of livelihood."

- b. Menurut **Firchild**,³ yang dimaksud dengan profesi adalah kegiatan yang ditandai oleh:

-
- 1) Periksa HC Black. *Black's Law Dictionary*. West Publishing, Co. St. Paul Minn, Fifth Edition. 1979. hal. 1033. Disebutkan bahwa *physician a practitioner of medicines personally authorized or licensed to treat diseases one lawfull engaged in the practice of medicine.*
- 2) Periksa Wiryanto. S.P. *Profesi Advokat*. Penerbit Alumni, Bandung, 1979, h. 45.
- 3) Periksa Soerjono Soekanto. "Tanggung Jawab Hukum (Liability) Dokter Ditinjau dari Segi Hukum Pidana". Makalah dalam Majalah *Pajajaran*, Jilid XV, Nomor 12, Tahun 1985. h. 65.

"... a high degree of technical skill, entailing specialized preparation generally at recognized institutions of learning, official regulations and licensure, a strong feeling of class honor and solidarity, manifested in vocational associations to secure a monopoly of the service, and in codes of ethics enjoining the responsibility of the profession to the collective it serves."

c. Menurut **Reckard A. Posner**,⁴ mengemukakan bahwa:

"A profession is an occupation thought to require not merely know-how, experience, and general 'smart' but also musberry of a body of a specialized but relatively (sometimes highly) abstract knowledge if a science or some other field believed to have an intellectual structure and system. Such as theory or the law, or military science (the study of the general law, in the scientific sense of the word of military tactics and strategy)."

d. Pendapat **Rueschemeyer**,⁵ bahwa:

"... profession are conceived of as service occupations that (1) apply a systematic body of knowledge to problems which (2) are highly, relevant to central values of the society."

Menurut **Bernard Barber**⁶, profesi mengandung esensi sebagai berikut:

- a. Membutuhkan ilmu pengetahuan yang tinggi yang hanya dapat dipelajari secara sistematis;
- b. Orientasi primernya lebih ditujukan untuk kepentingan masyarakat;
- c. Memiliki mekanisme kontrol terhadap perilaku pemegang profesi; dan
- d. Memiliki sistem *reward*.

4) Periksa Richard A. Posner. *Over Coming Laws*. Harvard University Press. Cambridge, Massachusetts and London, 1996, h. 37.

5) Periksa Soerjono Soekanto. "Pendidikan Hukum, Penelitian dan Profesi yang Berhubungan dengan Hukum." Makalah pada Majalah *Hukum dan Keadilan*. Tahun Ke- IV, Nomor 5—6, h. 32.

6) Periksa Sofwan Dahlan. 2000. *op. cit.* Hal. 21.

Syarat-syarat profesi sebagai berikut:⁷

- a. *Science* dan *scientific approach*, yaitu ilmu pengetahuan dan penerapan pengetahuan secara ilmiah;
- b. Adanya kebebasan (kemandirian), bebas dalam mengatur diri, mengorganisasi, bertanggung jawab sendiri;
- c. Mengabdikan pada kepentingan umum;
- d. Memegang rahasia jabatan;
- e. Kekebalan atau *immuned* profesi;
- f. Kode etik profesi;
- g. Adanya honorarium yang tak perlu harus seimbang dengan hasil karya berdasarkan imbang—pantas;
- h. Adanya hubungan kepercayaan antara klien dan profesional;
- i. Adanya keterampilan (*skill*); dan
- j. Adanya organisasi profesi yang berbobot serta memenuhi standar minimum profesi.

Menurut **Kenneth Hudson**, memberikan rincian sebagai berikut:

- a. *Full profession*;
- b. *Near profession*; and
- c. *Would-be-profession*.

Sebagai perbandingan di negara Anglo Saxon, berkembang profesi *semi-profession*, yaitu terdiri atas kalangan kesehatan (juru rawat dan tenaga para medis).

Dari uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa hakikat profesi adalah panggilan hidup untuk mengabdikan diri pada kemanusiaan, didasarkan pada pendidikan yang harus dilaksanakan dengan kesungguhan niat dan tanggung jawab.

7) J.C. Sudjana. Peningkatan Peran PERHUKI oleh Peradilan Profesi. Makalah Disampaikan dalam Seminar Kongres Nasional III PERHUKI di Yogyakarta, 29—30 Januari 1993. h. 4—5.

Selain itu, dapat dikemukakan ciri-ciri profesi, antara lain:⁸

- a. Merupakan suatu pekerjaan yang berkedudukan tinggi dari para ahli yang terampil dalam menerapkan pengetahuan secara sistematis;
- b. Mempunyai kompetensi secara eksklusif terhadap pengetahuan dan keterampilan tertentu;
- c. Didasarkan pada pendidikan yang intensif dan disiplin tertentu;
- d. Mempunyai tanggung jawab untuk mengembangkan pengetahuan dan keterampilannya serta mempertahankan kehormatan;
- e. Mempunyai etik tersendiri sebagai pedoman untuk menilai pekerjaannya;
- f. Cenderung mengabaikan pengendalian dari masyarakat atau individu; dan
- g. Pelaksananya dipengaruhi oleh masyarakat, kelompok kepentingan tertentu, dan organisasi profesional lainnya, terutama dari segi pengakuan terhadap kemandiriannya.

Ciri khusus profesi menurut **Talcott Parsons**,⁹ yaitu:

a. ***Disinterestedness***

Artinya tidak mengacu pada pamrih. Hal ini merupakan nilai sebagai patokan normatif bagi pengembangan profesi.

b. **Rasionalitas**

Yaitu melakukan usaha mencari yang terbaik dengan bertumpu pada pertimbangan yang dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah. Hal ini disebabkan profesi menunjuk pada sistem pekerjaan yang perwujudannya dilaksanakan dengan menerapkan salah satu ciri yang dominan dari ilmu, yaitu rasionalitasnya.

8) Periksa Veronica Komalawati, 1999, *op. cit.*, h. 19.

9) Lihat Terence J. Johnson, 1991, *ibid.*, h. v.

c. Spesivitas fungsional

Di dalam masyarakat, para profesional itu menjalankan atau memiliki kewibawaan (otoritas). Otoritas profesional ini memiliki struktur sosiologikal yang khas, yaitu bertumpu pada kompetensi teknikal yang superior yang dimiliki penguasaan profesi. Hal ini dimungkinkan karena medan otoritas profesional tersebut terbatas pada satu lingkungan teknis khusus tertentu dan otoritas profesional ini ditandai oleh spesivitas fungsi. Adapun kompetensi teknikal sebagai salah satu ciri khas dari status dan peran profesi ini adalah selalu terbatas pada satu bidang pengetahuan dan keahlian tertentu. Spesivitas ini adalah unsur esensial pada sistem okupasi yang disebut profesi. Oleh karena itu, seorang profesional dianggap sebagai orang yang memiliki otoritas hanya dalam bidangnya.

d. Universalitas

Yaitu dalam pengambilan keputusan didasarkan pada apa yang menjadi masalahnya, dan tidak pada siapa pun ataupun pada keuntungan pribadi yang dapat diperolehnya.

Menurut **Talcott Parsons**,¹⁰ kaum profesional bukanlah kapitalis ataupun buruh, dan bukan pula mereka yang mengisi administrasi pemerintahan yang disebut birokrat. Dan tentu saja, mereka bukan petani pemilik tanah atau anggota kelompok yang bertempat tinggal di kota. Dalam sejarahnya, jenis pekerjaan yang menuntut syarat keahlian dan keterampilan teknis yang tinggi ini memperoleh tempat yang terhormat dalam susunan hierarki pekerjaan. Dapat dikatakan bahwa kaum pengusaha berhak atas lebih banyak uang dan para politisi berhak atas lebih banyak kekuasaan, maka kaum profesional berhak atas lebih banyak *prestige*.

Norma-norma profesi dapat mencegah pengeksploitasian pasien dan mengurangi bahaya akibat adanya jurang kompetensi tersebut. Pola normatif utama yang dapat membatasi eksploitasi itu, menurut analisis

¹⁰) Lihat Terence J. Johnson, 1991, *ibid.*, h. v.

Parsons ialah pola orientasi politik.¹¹ Dengan mengurangi reklame, tawar-menawar harga, dan mengekang perilaku yang menjurus ke arah kepentingan sendiri, seperti yang terjadi dalam dunia perusahaan sehingga pola normatif tersebut dapat mendorong para dokter untuk memusatkan perhatiannya pada kesejahteraan pasien dan pada keuntungan pribadi.

Profesi selalu menutup diri terhadap orang luar¹² karena memiliki monopoli atas suatu keahlian tertentu dan menjadi satu kalangan yang sukar ditembus. Akibatnya, dapat menimbulkan kecurigaan pihak (klien) yang menggunakan jasa profesi. Oleh karena itu, dengan adanya kode etik, diharapkan segi negatif profesi itu dapat diimbangi dan kepercayaan masyarakat terhadap para pelaksana dapat diperkuat karena setiap klien mempunyai kepastian bahwa kepentingan akan terjamin. Kode etik ibarat kompas yang menunjukkan arah moral bagi suatu profesi dan sekaligus menjamin mutu moral profesi itu di mata masyarakat.

Sofwan Dahlan menyebut profesi dokter sebagai pekerjaan dokter.¹³ Di beberapa negara, definisi yuridis dari "pekerjaan dokter" dan sekaligus ruang lingkupnya, biasanya sudah dirumuskan. Di negara bagian Florida misalnya, "pekerjaan dokter" dirumuskan sebagai berikut:

"Any person ... shall be deemed to be practising medicine ... who holds himself out as being able to diagnose, treat, operate, or prescribe for any human disease, pain, injury, deformity or physical condition, or who shall offer or undertake by any means or methodes, to diagnose, treat, operate or prescribe for any human disease, pain, injury, deformity, or physical condition."

Yang lebih rinci lagi adalah rumusan di negara bagian Delaware, ruang lingkup "pekerjaan dokter" meliputi:

- a. Membuka klinik atau kantor untuk tujuan itu.

-
- 11) Periksa Talcott Parsons *The Social System*. Penerbit Free Press, New York, 1954, h. 463—464.
 - 12) Periksa K. Bertens, 1993, *Etika*. PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta, h. 279.
 - 13) Sofwan Dahlan, 2000, *op. cit.*, h. 24.

- b. Mengumumkan dengan segala cara kepada khalayak ramai atau perorangan dengan berbagai cara bahwa dia bersedia dan siap mengobati orang sakit di setiap tempat di negara tersebut.
- c. Melakukan dan menawarkan suatu penyelidikan atau diagnosis tiap gangguan fisik, mental, atau penyakit.
- d. Memberi bantuan pembedahan, resep, obat-obatan, atau menggunakan secara langsung obat-obatan atau bahan-bahan lain untuk menyembuhkan, meredakan, atau meringankan penyakit jiwa atau raga, setelah menerima atau berharap menerima dalam bentuk uang atau bentuk lain sebagai kompensasi.

Memang tidak mudah untuk menyusun definisi sehingga di antara negara-negara bagian di Amerika Serikat sendiri berbeda satu sama lain. Namun, dapat disimpulkan bahwa pekerjaan dokter mengandung esensi berikut:¹⁴

- a. Meliputi tindakan yang bersifat intervensi terhadap diri seseorang dalam bentuk: *anamnesa* (wawancara), *inspeksi* (memeriksa dengan mata), *palpasi* (memeriksa dengan meraba-raba), *perkusi* (memeriksa dengan mengetok-ngetok), *auskultasi* (mendengarkan sesuatu bunyi dari dalam tubuh dengan *stetoscope*), *incisi* (membuat irisan), *ekstirpasi* (menggambil sesuatu dari tubuh), dan *insplantasi* (memasukkan sesuatu ke dalam tubuh).
- b. Tindakan tersebut dapat dikelompokkan sebagai: tindakan *curative* (diagnostik dan terapeutik), *rehabilitative* (pemulihan), *promotive* (peningkatan kesehatan), dan *preventive* (pencegahan).
- c. Tujuannya untuk kepentingan yang bersangkutan, kepentingan orang lain (misalnya, pengambilan organ dari donor hidup), dan kepentingan penelitian/eksperimen.

Parsons¹⁵ melihat sumber peranan dokter sebagai kontrol sosial, bukan berasal dari badan-badan lain yang memantau perilaku masing-masing

14) Sofwan Dahlan, 2000. *ibid.*, h. 22.

15) Lihat Talcott Parsons. Research with Human Subject and the Professional Complex. Makalah dalam *Journal Daedalus* Tahun 1969, h. 330.

dokter, melainkan bersumber pada profesi itu sendiri. Disebutkan bahwa dengan menunjuk kasus medis, prinsip tawar-menawar dalam pelayanan kesehatan kurang cocok untuk dijadikan titik tolak pertimbangan. Prinsip hukum juga tidak jika hal ini diartikan sebagai adanya paksaan dari hakim dan pengacara yang tidak memiliki kompetensi teknis profesi lain, kecuali bidang hukum apabila inisiatif diberikan kepada pihak penggugat yang mengalami kerugian dan memiliki kesanggupan untuk melakukan tuntutan hukum. Pertimbangan yang tidak dapat dilakukan oleh petugas administrasi yang tidak dapat dilakukan dengan jalan menghibah-hiba minta dibelaskasihani dan juga tidak dapat dilakukan dengan alasan perikemanusiaan melalui komunikasi masa. Kelompok profesional harus mengatur dirinya sendiri dan bertanggung jawab atas standar teknis, dalam kaitannya dengan integritas dalam melaksanakan fungsi sosial mereka.

Profesi kedokteran merupakan profesi yang berkepentingan dengan kesejahteraan manusia. Oleh karena itu, sering dikatakan bahwa pengemban profesi di bidang kedokteran ini senantiasa melaksanakan perintah moral dan intelektual. Lagi pula, menjadi seorang dokter berarti mau melayani manusia yang sakit agar dapat sembuh serta melayani manusia sehat agar tidak sakit, yaitu melalui pencegahan dan peningkatan derajat kesehatannya. Dengan demikian, semangat pelayanan harus ada. Sikap ini sangat penting dalam pembentukan sikap etis yang paling mendasar. Selain itu, hal ini pun merupakan tantangan dalam pelaksanaan profesi dokter karena selama pendidikan kedokteran yang diberikan adalah teknik menentukan terapinya, sedangkan mengenai profesi sebagai dokter kurang mendapatkan perhatian. Padahal, di dalam pelaksanaan setiap profesi, di samping kemahiran teknik, seni penggunaan teknik pun selalu diperlukan. Apalagi ilmu kedokteran tersebut diterapkan pada manusia yang memiliki rasa dan harapan yang berbeda, serta latar belakang sosial masing-masing. Bagi penderita, yang dihadapi dan menjadi masalah bukan hanya sakitnya, melainkan juga keluarga, pekerjaan, keterlibatan dalam masyarakat, dan terutama mengenai tanggung jawabnya, baik sebagai individu maupun masyarakat.

B. PERSYARATAN MELAKUKAN PEKERJAAN DOKTER

Syarat utama melakukan pekerjaan dokter,¹⁶ yaitu syarat kemampuan berupa penguasaan terhadap *basic science* serta keterampilan teknik yang dapat diperoleh melalui pendidikan formal, baik di dalam maupun di luar negeri dan kewenangan berupa lisensi (*personal privilege*) yang dapat diperoleh melalui permohonan pada otoritas kesehatan.

Dengan adanya persyaratan kemampuan berupa *basic science* dan keterampilan teknik, tidak berarti upaya penyembuhan penyakit atau pemulihan kesehatan di Indonesia menganut sistem monopoli oleh kedokteran modern. Undang-Undang tentang Kesehatan yang berlaku di sini, memberi peluang bagi pengobatan tradisional, yaitu metode pengobatan yang mengacu pada pengalaman dan keterampilan turun-temurun. Pemerintah mempunyai hak sekaligus kewajiban untuk melakukan pembinaan dan pengawasan guna melindungi masyarakat.

Pasal 28 Undang-Undang Kesehatan Nomor 23 Tahun 1992 menyatakan bahwa:

"Barang siapa tanpa keahlian dan kewenangan, dengan sengaja melakukan pengobatan dan atau perawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 32 ayat (4), dipidana dengan penjara paling lama 5 tahun dan atau denda paling banyak 100 juta rupiah."

Tujuan utama pengaturan itu adalah untuk melindungi masyarakat dari praktik pengobatan yang tidak bermutu, bersifat coba-coba, atau yang dapat membahayakan kesehatan, untuk melindungi masyarakat dari penipuan oleh orang yang sebenarnya tidak berhak dan tidak berkompeten. Untuk kepentingan tersebut, pemerintah perlu melakukan intervensi dengan menetapkan persyaratan bagi siapa saja yang ingin melakukan "pekerjaan dokter", meliputi persyaratan kemampuan dan kewenangan.

Persyaratan kewenangan yang di beberapa negara lebih dikenal dengan sebutan lisensi adalah pengakuan formal atau izin dari penguasa kepada

16) Sofwan Dahlan, 2000, *op. cit.*, h. 24.

perseorangan untuk melakukan sesuatu¹⁷ (*permit from government to do something*). Menurut *Black's Law Dictionary*, lisensi adalah:

"*Personal privilege to do some act or series of acts*"

Karena *personal privilege*, lisensi melekat pada individu, seperti halnya izin terbang bagi pilot atau izin berlayar bagi kapten kapal.

Black's Law Dictionary menyebutkan bahwa:

"*Seseorang yang melakukan pekerjaan tanpa lisensi, dapat dikategorikan melanggar hukum jika berdasarkan peraturan yang ada, pekerjaan tersebut memerlukan lisensi. Pemerintah sendiri punya kewenangan untuk menetapkan pekerjaan mana saja yang memerlukan lisensi. Biasanya pekerjaan-pekerjaan yang dapat membahayakan nyawa seseorang, termasuk pekerjaan dokter dan pekerjaan bidan.*"

Untuk mendapatkan lisensi dokter di negara-negara maju yang menggunakan *system active assessment*, tidak cukup dengan menunjukkan bukti ijazah saja, tetapi juga harus lulus ujian, baik lisan maupun tertulis yang diselenggarakan oleh *Board of Medical Examiners* dan bahkan harus mengikuti *premedical training* terlebih dahulu. Sedangkan di Indonesia hingga kini masih menggunakan *sistem passive assessment* dan belum melaksanakan sistem ujian oleh *Board*. Tata laksana memperoleh lisensi, di sini juga masih dikaitkan dengan kewajiban menjalani masa bakti yang lamanya bergantung lokasinya.

Mestinya, mengenai masalah kewajiban menjalani masa bakti dilakukan manajemen tersendiri dan tidak perlu dikaitkan dengan tata laksana memperoleh lisensi.¹⁸

Dahulu lisensi bagi pekerjaan dokter disebut surat izin dokter (SID), tetapi belakangan diubah menjadi surat penugasan (SP). Bagi dokter yang telah memiliki lisensi (*licensed doctor*), diberi kewenangan untuk melakukan pekerjaan dokter di sarana kesehatan di seluruh wilayah Indonesia, yaitu di Puskesmas, rumah sakit pemerintah, ataupun rumah sakit swasta. Jika se-

17) Periksa Sofwan Dahlan, 2000, *ibid.*, h. 25.

18) Periksa Sofwan Dahlan, 2000, *ibid.*, h. 26.

lain itu ingin membuka praktik swasta perorangan, ia wajib mengajukan permohonan surat izin praktik (SIP).

Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan menyebutkan bahwa praktik dokter, baik praktik dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis, maupun praktik bidan merupakan sarana kesehatan. Oleh sebab itu, surat izin praktik tidak dapat disebut lisensi,¹⁹ tetapi izin sarana (seperti halnya izin rumah sakit) atau dengan kata lain merupakan pengakuan formal bahwa sarana tersebut dapat beroperasi untuk melayani masyarakat.

Perbedaan antara lisensi dan izin praktik perseorangan sebetulnya terletak pada otoritas kesehatan yang mengeluarkan dokumen. Karena lisensi bersifat nasional, seharusnya dikeluarkan oleh Menteri Kesehatan, sedangkan izin praktik perseorangan oleh otoritas kesehatan setempat dengan memerhatikan mutu serta pemerataan pelayanan kesehatan.

Demi menjaga mutu pelayanan kesehatan, sudah seharusnya lisensi dilakukan pengkajian ulang setiap periode tertentu, izin praktik perseorangan dilakukan akreditasi, seperti halnya rumah sakit. Hanya saja kalau pada lisensi yang dikaji ulang adalah penguasaan ilmu dan keterampilan (sebab dari hari ke hari ilmu kedokteran terus berkembang), sedangkan untuk izin praktik yang dikaji adalah sarananya karena pada hakikatnya izin praktik perseorangan merupakan izin sarana, melindungi tempat praktik, peralatan medis, obat-obatan, serta sarana pendukung lainnya.

C. STANDAR PROFESI DOKTER

Semua profesional dalam melaksanakan pekerjaannya sesuai dengan standar/ukuran profesi. Jadi, bukan hanya tenaga kesehatan yang harus bekerja sesuai dengan standar profesi medis, pengembangan profesi yang lainnya juga demikian, tetapi hingga saat ini tidak atau belum dipermasalahkan, dibandingkan dengan standar profesi medis.

¹⁹⁾ Periksa Sofwan Dahlan, 2000, *ibid.*, h. 26.

Dokter dalam melakukan pekerjaannya selalu berhubungan dengan orang yang sedang menderita penyakit, seringnya apa pun penyakit, tentu menimbulkan perasaan yang tidak enak dan juga memengaruhi emosi pasien. Dengan demikian, tenaga kesehatan selalu berhubungan dengan orang yang secara fisik dalam keadaan sakit dan dapat pula secara psikis juga dalam keadaan sakit.

Di samping itu, obat adalah racun, pemakaian yang tepat dapat memberikan keuntungan, tetapi telah diberikan ukuran yang tepat, kadang-kadang dari dalam tubuh pasien sendiri (walaupun tidak terlalu sering), dapat terjadi penolakan terhadap obat sehingga dapat menimbulkan hal-hal yang tidak diinginkan. Bahkan, sering kali taruhannya adalah nyawa pasien. Dalam setiap tindakan medis, sekecil apa pun tindakan medis itu selalu mengandung risiko.

Undang-Undang tentang Kesehatan, yaitu dalam Pasal 53 Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992, menyebutkan tentang standar profesi dan hak pasien. Pengaturan tentang standar profesi tenaga kesehatan dan hak pasien akan ditetapkan dalam bentuk peraturan pemerintah. Dalam Pasal 53 ayat (2) dan (4) Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 ditetapkan bahwa:

- (2) *Tenaga kesehatan dalam melakukan tugasnya berkewajiban untuk mematuhi standar profesi dan menghormati hak pasien.*
- (4) *Ketentuan mengenai standar profesi dan hak pasien sebagaimana dimaksudkan dalam ayat (2) ditetapkan dengan peraturan pemerintah.*

Dalam penjelasan Pasal 53 ayat (2) Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992, disebutkan bahwa standar profesi adalah pedoman yang harus dipergunakan sebagai petunjuk dalam menjalankan profesi secara baik. Tenaga kesehatan yang berhadapan dengan pasien, seperti dokter dan perawat, dalam melaksanakan tugasnya harus menghormati hak pasien. Yang dimaksud dengan hak pasien, antara lain, hak atas informasi, hak untuk memberikan persetujuan, hak atas rahasia kedokteran, dan hak atas pendapat kedua (*second opinion*).

H.J.J. Leenen menyatakan sebagai berikut:²⁰

De formulering van de norm voor de medisch professionele standaard zou dan kunnen zijn:

"Zorgvuldig volgens de medische standaard handelen als een gemiddelde bekwaam arts van gelijke medische categorie in gelijke omstandigheden met middeem die in redelijke verhouding staan tot het concreet handelingsdoel."

Menurut Prof. H.J.J. Leenen,²¹ tindakan medis disebut *lege artis* jika tindakan tersebut telah dilakukan sesuai dengan standar profesi dokter, yaitu:

"Suatu tindakan medis seorang dokter, sesuai dengan standar profesi kedokteran jika dilakukan secara teliti sesuai ukuran medis, sebagai seorang dokter yang memiliki kemampuan rata-rata dibandingkan dengan dokter dari kategori keahlian medis yang sama dengan sarana upaya yang memenuhi perbandingan yang wajar (proporsional) dibandingkan dengan tujuan konkret tindakan medis tersebut."

Keputusan pengadilan, *Supreme Court of Canada* 1956, yang mirip dengan formulasi Leenen tentang standar profesi medis. Keputusan tersebut memberikan pedoman tentang *principle of liability* seorang dokter, sebagai berikut:

"The doctor has to possess the skill, knowledge and judgment of the average of technicians to which he belongs."

Seorang dokter dari Amerika Serikat, **Daniel K. Robert, MD, Ph.D.**, tahun 1987 merumuskan *standard of care*:

"The physician must apply at the least, the average degree of skill, care, and diligence exercised by member of the same profession practicing in the same or a similar locality in light of the present state of medical and surgical science."

20) Periksa H.J.J. Leenen. *Gezondheidszorg en Recht een gezondheids rechtteleyke Studie*. Samson Uitgeverij Alphenaan der Rijn. Brussel, 1981, h. 36. Dalam Fred Ameln *Kapita Selektta Hukum Kedokteran*. Penerbit Grafikatama Jaya, Jakarta, 1991, h. 58.

21) Periksa Fred Ameln, 1991, *ibid.*, h. 57.

1. Unsur-Unsur Standar Profesi Medis

Jika rumusan H.J.J. Leenen diteliti, terdapat lima unsur,²² yaitu:

- a. Tindakan yang teliti, berhati-hati.
- b. Sesuai ukuran medis. Unsur ukuran medis ini ditentukan oleh ilmu pengetahuan medis. Pengertian ukuran medis dapat dirumuskan bahwa: suatu cara perbuatan medis tertentu dalam suatu kasus yang konkret menurut suatu ukuran tertentu. Ukuran tersebut didasarkan pada ilmu medis dan pengalaman dalam bidang medis. Harus disadari bahwa sukar sekali untuk memberi suatu kriteria yang tepat untuk dapat dipakai pada pihak perbuatan medis karena situasi kondisi dan juga karena reaksi pasien yang berbeda-beda.
- c. Sesuai dengan seorang dokter yang memiliki kemampuan rata-rata dibandingkan dengan dokter dari kategori keahlian medis yang sama. Ukuran etika, menuntut standar yang tertinggi dari dokter, sesuai dengan Pasal 2 Kode Etik Kedokteran Indonesia 1983, yang menyatakan bahwa dokter harus senantiasa melakukan profesinya menurut ukuran yang tertinggi.

"Kemampuan rata-rata dibanding dengan dokter dari kelompok keahlian yang sama."

Terdapat pula pada rumusan *Supreme Court of Canada* 1956 dan rumusan **Daniel K. Robert, MD, PhD.** 1987.

- d. Dalam situasi dan kondisi yang sama. Unsur ini tidak terdapat pada rumusan *Supreme Court of Canada* tersebut, tetapi terdapat pada rumusan **Daniel K. Robert** pada *Practicing in the same or similar locality*. Dalam situasi kondisi yang sama, misalnya, praktik di Puskesmas berbeda dengan rumah sakit tipe A, seperti Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo.
- e. Dengan sarana upaya yang memenuhi perbandingan yang wajar dibandingkan dengan tujuan konkret tindakan medis tersebut. Hal ini dapat dikaitkan dengan tindakan diagnostik, terapeutik, dan dengan

22) Periksa Fred Ameln, 1991, *ibid.*, h. 58—60.

peringanan penderita (*comforting*), dan pula dengan tindakan *preventive*. Dokter harus menjaga adanya suatu keseimbangan antara tindakan dan tujuan yang ingin dicapai dengan tindakan itu. Jika ada suatu tindakan diagnostik yang berat dilakukan pada suatu penyakit yang relatif ringan sekali, hal ini tidak memenuhi prinsip keseimbangan (baik diagnostik *overskill* maupun di bidang *care overskill*). Dokter selalu harus membandingkan tujuan tindakan medis dengan risiko tindakan tersebut dan berusaha untuk risiko yang terkecil. Dalam unsur kelima ini pun, disebut bahwa ada sarana upaya yang wajar jika dibandingkan dengan tujuan konkret tindakan medis tersebut. Pada umumnya, dapat dikatakan bahwa para dokter wajib melakukan perbuatan medis sesuai dengan tujuan ilmu kedokteran. Tindakan diagnostik ataupun terapeutik secara nyata ditujukan pada perbaikan situasi pasien. Unsur kelima ini bisa dikaitkan dengan *defensive medicine*, baik dalam bidang diagnostik, terapeutik, maupun perawatan, yang segalanya dilakukan secara berlebihan karena takut salah.

H.J.J. Leenen mengemukakan bahwa tujuan ilmu kedokteran adalah sebagai berikut.²³

- a. *Het genezen en voorkomen van ziekte*, menyembuhkan dan mencegah penyakit. Seorang dokter wajib melakukan tindakan medis/pengobatan yang ada gunanya, yaitu tindakan medis yang mengandung kemungkinan untuk menyembuhkan pasien atau menghentikan proses penyakit, atau mencegah suatu penyakit. Tindakan yang tidak ada gunanya, misalnya, dalam memperpanjang proses kematian seorang pasien dapat menimbulkan suatu masalah karena tindakan medis tersebut tidak ditujukan pada tujuan medis.
- b. *Het verzachten van lijden*, meringankan penderitaan seorang pasien. Memperingan penderitaan pasien menjadi tujuan tradisional pengobatan. Hal ini merupakan bagian persetujuan terapeutik. Meringankan penderitaan, berarti pula bahwa dokter harus berusaha

23) Periksa Leenen, 1981, *op. cit.*, h. 33.

mencegah sebanyak mungkin adanya penderitaan yang bisa terjadi akibat tindakan medis.

- c. *Het begeleiden van de patient, waaronder begrepen stervens begeleiding*, mengantarkan pasien (*comforting*), termasuk mengantarkan menghadapi akhir hidup.

Seorang dokter yang menyimpang dari standar profesi kedokteran melakukan kesalahan profesi dan jika dapat dibuktikan bahwa dokter itu telah menyimpang dari standar profesi kedokteran, memenuhi unsur *culpa lata* atau kelalaian berat, dan tindakan itu menimbulkan akibat yang serius, fatal, dokter tersebut telah melakukan malpraktik dan melanggar Pasal 359 fs 360 Kitab Undang-Undang Hukum Pidana. Hal ini aspek pidana malpraktik.

Masalah menyimpang dari standar profesi kedokteran dan memenuhi unsur *culpa lata*, pada masa sekarang umumnya belum dipahami oleh para penegak hukum. Salah satu contoh ketidakpahaman tersebut, kasus **Setianingrum** di Pati yang dijatuhi hukuman pada tingkat pengadilan negeri, yang dikuatkan pada tingkat pengadilan tinggi, tetapi divonis bebas di tingkat Mahkamah Agung. Juga kasus **Adriani** di Rumah Sakit Mata AINI Jakarta di mana berkasnya sudah lama diserahkan pada kejaksaan, tetapi hingga tahun 1991, tidak ada yang mengetahui apa masih diteruskan ke pengadilan apa tidak. Kasus bedah plastik dari klinik di Pluit pula merupakan suatu contoh di mana sudah diadakan otopsi. Yang jelas, departemen kesehatan sudah menjatuhkan hukuman administratif.

Para dokter yang bersangkutan dalam kasus tersebut, sudah telanjur dianggap melakukan malpraktik, padahal belum tentu demikian. Sebab jika penyimpangan standar profesi kedokteran dan *culpa lata* tidak dapat dibuktikan penyidik dan penuntut umum, para dokter dalam contoh kasus tersebut tidak terbukti melakukan malpraktik dan harus divonis bebas.

Penerapan standar profesi kedokteran memainkan peranan yang sangat penting dalam pembuktian malpraktik medis. Untuk pembuktian malpraktik, secara perdata tidak diperlukan pembuktian *culpa lata*/kelalaian berat, tetapi cukup *culpa levis*.

Aspek perdata meliputi unsur: menyimpang dari standar profesi kedokteran, adanya kelalaian meskipun hanya *culpa levis* (kelalaian ringan) dan ada kaitan kausal antara tindakan medis dan kerugian yang merupakan akibat dari tindakan medis tersebut.

Kewajiban yang timbul dari standar profesi kedokteran ialah terus-menerus menambah pengetahuan medis, mengikuti perkembangan ilmu kedokteran pada umumnya dan ilmu kategori spesialisasi sendiri pada khususnya, dan selalu membuat rekam medis yang baik secara berkesinambungan berkaitan dengan keadaan pasien: diagnosa, terapi, riwayat medis dokter, dan lain-lain yang berhubungan dengan penyakit dan perawatan pasien.

2. Rumusan Standar Profesi Dokter

Rumusan standar profesi kedokteran yang diterbitkan oleh Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia (PB IDI) dibagi menjadi empat bagian, yaitu:

a. Standar keterampilan

1) Keterampilan kedaruratan medis

Keterampilan kedaruratan merupakan sikap yang diambil oleh seorang dokter dalam menjalankan profesinya dengan sarana yang sesuai dengan standar di tempat praktiknya. Jika tindakan yang dilakukan tidak berhasil, penderita perlu dirujuk ke fasilitas pelayanan yang lebih lengkap.

2) Keterampilan umum

Meliputi penanggulangan terhadap berbagai penyakit yang tercantum dalam kurikulum inti pendidikan dokter Indonesia.

b. Standar sarana

Meliputi segala sarana yang diperlukan untuk berhasilnya profesi dokter dalam melayani penderita dan pada dasarnya dibagi dua bagian:

1) Sarana medis

Meliputi sarana alat-alat medis dan obat-obatan.

2) *Sarana nonmedis*

Meliputi tempat dan peralatan lainnya yang diperlukan oleh seorang dokter dalam melaksanakan profesinya.

c. Standar perilaku

Standar ini berdasarkan pada sumpah jabatan, sumpah dokter, dan pedoman kode etik kedokteran Indonesia, meliputi perilaku dokter dalam hubungannya dengan penderita dan hubungannya dengan dokter lainnya. Standar perilaku mengenai hubungan dokter dengan pasien, yaitu:

- 1) Pasien harus diperlakukan secara manusiawi.
- 2) Semua pasien diperlakukan sama.
- 3) Semua keluhan pasien diusahakan agar dapat diperiksa secara menyeluruh.
- 4) Pada pemeriksaan pertama diusahakan untuk memeriksa secara menyeluruh.
- 5) Pada pemeriksaan ulangan diperiksa menurut indikasinya.
- 6) Penentuan uang jasa dokter diusahakan agar tidak memberatkan pasien.
- 7) Dalam ruang praktik tidak boleh ditulis tarif dokter.
- 8) Untuk pemeriksaan pasien wanita, sebaiknya agar keluarganya disuruh masuk ke dalam ruang praktik atau disaksikan oleh perawat, kecuali dokternya wanita.
- 9) Dokter tidak boleh melakukan perzinahan dalam ruang praktik, melakukan abortus, kecanduan, dan alkoholisme.
- 10) Papan nama terpasang dalam ukuran pantas.

d. Standar catatan medis

Pada semua penderita, sebaiknya dibuatkan catatan medis. Dalam catatan medis perlu dicantumkan identitas penderita, alamat, *anamnesis*, pemeriksaan, diagnosis, terapi, dan obat yang menimbulkan alergi terhadap pasien.

van der Mijl²⁴ berpendapat bahwa dalam melaksanakan, seorang tenaga kesehatan perlu berpegang pada tiga ukuran umum, yaitu:

1. Kewenangan

Kewenangan seorang tenaga kesehatan adalah kewenangan hukum (*rechtsbevoegheid*) yang dimiliki oleh seorang tenaga kesehatan untuk melaksanakan pekerjaannya. Kewenangan ini memberikan hak kepada tenaga kesehatan untuk bekerja sesuai dengan bidangnya. Kewenangan yang tidak lain adalah kemampuan untuk memengaruhi pihak lain yang disahkan oleh yang berhak mengesahkan.

Di Indonesia, kewenangan menjalankan profesi kedokteran diperoleh dari departemen kesehatan. Syarat administratif ini memberikan kepada dokter kewenangan untuk melaksanakan profesi tenaga kesehatan. Jika seorang tenaga kesehatan melaksanakan pekerjaan tanpa kewenangan, tenaga kesehatan tersebut melanggar salah satu standar profesi tenaga kesehatan.

Pemberian wewenang oleh yang berhak mengesahkan, yaitu Departemen Kesehatan, menyebabkan seorang profesional mempunyai apa yang dikenal sebagai kewenangan profesional dalam melakukan pekerjaannya. Contohnya, kewenangan profesional yang dimiliki oleh seorang dokter bedah, maka melakukan pembedahan bagi dokter bukanlah perbuatan yang digolongkan pada tindakan penganiayaan. Dengan perkataan lain, bagi orang yang tidak mempunyai kewenangan profesional, melakukan pembedahan dapat dikategorikan sebagai tindakan penganiayaan.

2. Kemampuan rata-rata

Untuk mengukur dan menentukan kemampuan/kecakapan rata-rata seorang tenaga kesehatan sangat sulit karena banyak faktor yang memengaruhi penentuan itu. Misalnya, seorang tenaga kesehatan yang baru lulus pendidikan tentunya tidak dapat disamakan ke-

²⁴ Periksa Wila Chandrawila Supriyadi. *Hukum Kedokteran*. Penerbit CV Mandar Maju, Bandung, 2001, h. 52.

mampuannya dengan seorang tenaga kesehatan yang telah menjalankan pekerjaan selama dua tahun.

Di lain pihak, seorang tenaga kesehatan yang telah menjalankan pekerjaan selama dua puluh tahun, harus mempunyai kemampuan seperti tenaga kesehatan yang telah berpengalaman selama dua puluh tahun. Masalahnya untuk menilai kemampuan tenaga kesehatan rata-rata adalah tidak mudah. Apakah seorang tenaga kesehatan yang melaksanakan pekerjaan di Irian Jaya selama puluhan tahun dapat disamakan kemampuannya dengan seorang tenaga kesehatan yang melaksanakan pekerjaannya selama puluhan tahun di rumah sakit dengan peralatan yang cukup canggih di Jakarta? Selain itu, apakah kemampuan tenaga kesehatan di kota kecil dengan keterbatasan peralatan dan informasi, dapat disamakan dengan kemampuan tenaga kesehatan yang bekerja di kota besar yang tentunya sangat mudah memperoleh informasi dan dikelilingi oleh peralatan canggih? Karena itu, penentuan tentang kemampuan rata-rata seorang tenaga kesehatan bergantung dari situasi dan kondisi dari negara yang bersangkutan. Di negara maju, hal ini tidak menjadi masalah lagi, disebabkan adanya pemerataan di segala bidang.

Demikian pula dalam sidang di pengadilan, seorang tenaga kesehatan tertentu yang sedang diadili akan diukur kemampuannya dengan kemampuan dari saksi ahli dengan kategori kemampuan rata-rata yang sama dalam bidang yang sama dengan tertuduh. Contoh konkret, seorang dokter umum dari kota besar, seperti Jakarta, yang selalu mendapatkan kemudahan dalam segala bidang. Tidak dapat menilai pekerjaan seorang dokter umum dari kota kecil yang terpencil di Irian Jaya atau kemampuan seorang dokter spesialis tidak dapat diukur dengan kemampuan seorang dokter umum.

c. Kesaksamaan

Ukuran kesaksamaan atau ketelitian yang umum ialah ketelitian yang harus dilakukan oleh setiap tenaga kesehatan dalam melak-

sanakan pekerjaan yang sama. Dengan perkataan lain, tidak ada seorang tenaga kesehatan yang dapat dikatakan perfeksionis menjadi ukuran bagi ketelitian dari tenaga kesehatan yang lain.

Penilaian yang umum yang dimaksud adalah jika sekelompok tenaga kesehatan akan melakukan ketelitian yang sama dalam situasi dan kondisi yang sama, ukuran ketelitian itulah yang diambil. Penentuan standar profesi tenaga kesehatan mengenai ketelitian ini pun sangat sulit oleh sebab itu hakim yang akan menilai ketelitian umum seorang profesional harus objektif.

Ukuran ketelitian yang pasti tidak ada sebab dalam setiap tindakan medis terdapat ukuran umum tersendiri, yang akan berlainan dengan ukuran dari tindakan medis yang lain. Jadi, penilaian ketelitian umum ini pun sangat relatif.

Kesaksamaan ini menjadi ukuran, apakah seorang tenaga kesehatan telah bekerja dengan saksama atau telah melakukan kelalaian/kesalahan. Ukuran kesaksamaan, seperti yang ditulis di atas, sangat sulit ditentukan. Oleh karena itu, ditentukan kalau dokter telah bekerja dengan saksama, dalam arti tidak melakukan kesalahan/kelalaian, maka kalau terjadi sesuatu kepada pasien di mana tidak ditemukan kesalahan dokter, dokter tidak dapat dimintakan tanggung jawabnya, baik secara perdata maupun pidana.

Setiap tenaga kesehatan dalam melakukan pekerjaannya harus mempunyai kewenangan sehingga memberikan kepadanya kewenangan profesional. Kewenangan profesional ini sangat diperlukan sebab pekerjaan dokter adalah pekerjaan yang selalu berhubungan dengan tubuh pasien, melakukan tindakan medis tanpa kewenangan profesional merupakan tindakan yang melanggar hukum. Tanpa kewenangan profesional, tenaga kesehatan tidak dapat melakukan pekerjaan sebagai tenaga kesehatan, seperti yang dimaksud oleh Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan.

Tenaga kesehatan selalu harus berupaya mengikuti perkembangan dalam ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran sehingga tidak tertinggal kemampuannya dibandingkan dengan tenaga profesional yang sebidang.

Tenaga kesehatan yang tidak berupaya untuk meningkatkan pengetahuannya sehingga tertinggal dibandingkan dengan kemampuan tenaga kesehatan yang lainnya telah melanggar salah satu unsur dari standar profesi medis.

Seorang tenaga kesehatan juga dituntut untuk menjalankan pekerjaan dengan saksama sebab tenaga kesehatan yang ceroboh dalam melakukan pekerjaan, taruhannya adalah kesehatan pasien dan atau kadang-kadang nyawa pasien. Pekerjaan yang selalu berhubungan dengan kesehatan dan keselamatan jiwa pasien, memerlukan seorang tenaga kesehatan yang sangat berhati-hati dalam melakukan pekerjaannya atau dengan saksama menjalankan tugas profesionalnya.

Pelanggaran terhadap standar profesi medis selain dapat mengakibatkan pelanggaran, digugat secara perdata untuk membayar ganti rugi, dalam hal pasien menderita kerugian. Selain itu, juga dapat dituntut secara pidana, dalam hal memenuhi unsur-unsur pidana karena kesalahan atau kelalaian dokter, pasien cacat atau meninggal dunia. Menyalahi prosedur tindakan medis, dapat pula dinamakan sebagai pelanggaran terhadap standar profesi medis. Di samping itu, pelanggaran terhadap standar profesi medis dapat pula dikenakan sanksi administratif. Sanksi administratif yang paling berat adalah berupa pencabutan izin praktik dokter, dalam arti tidak mempunyai kewenangan untuk bekerja sebagai tenaga kesehatan dan sanksi yang paling ringan, yaitu hanya mendapat teguran lisan.

D. ETIKA PROFESI KEDOKTERAN

Menurut Durkheim,²⁵ etika profesi sebagai sumber suatu aturan moral yang baru, yang lain lebih maju selangkah dengan menjelaskan isi moralitas yang lahir dari profesi tersebut. Misalnya, profesi dapat dibedakan dari pekerjaan-pekerjaan lain oleh sifat altruisme yang tercermin dalam orientasi "pelayanan" oleh kaum profesional.

25) Periksa Terence J. Johnson, 1991, *op. cit.*, h. 7.

Sudah sejak semula etika profesi kedokteran sudah sewajarnya dilandaskan pada asas-asas etik umum yang mengatur hubungan manusia pada umumnya, yang berarti masyarakat berwenang menilai dan mengoreksi apabila etika tersebut tidak ditaati karena dalam masyarakat, akar-akar landasan filsafat kedokteran itu bertumpu. Keluhan masyarakat yang pada akhir-akhir ini timbul, hendaknya diterima sebagai masukan (*input*) yang konstruktif dalam rangka mengembangkan kode etik kedokteran itu sendiri.

Pada dasarnya kalau arti, fungsi, isi, dan bentuk dari kode etik kedokteran dipahami, dimengerti oleh para dokter, maka baginya wajib secara moral untuk mengamalkan sesuai dengan tujuan dibentuknya kode etik tersebut. Dalam hal ini, maka informasi kepada pasien merupakan hal yang harus diutamakan dalam mengamalkan pangabdianya sesuai dengan sumpah jabatannya dan pada waktu permulaan dia memasuki profesi tersebut.

Hippocrates (Bapak Ilmu Kedokteran) tidak memandang penderita penyakit sebagai orang yang dikutuk oleh Tuhan. Hal tersebut terbukti dari sumpahnya yang terkenal, yang sekarang dijadikan pedoman bagi kedokteran modern di dunia. *Sumpah Hippocrates* itu berbunyi:

"Saya bersumpah demi Apollo Dewa Penyembuh, dan Aesculapius, dan Hygeia, dan Panacea, dan semua dewa dan dewi bahwa sesuai dengan kemampuan dan pikiran saya, saya akan mematuhi janji-janji berikut ini:

Saya akan memperlakukan guru yang telah mengajarkan ilmu ini dengan penuh kasih sayang, sebagaimana terhadap orang tua saya sendiri jika perlu akan saya bagikan harta untuk dinikmati bersama-sama, anaknya akan saya perlakukan sebagai saudara kandung saya, dan akan saya ajarkan ilmu yang telah saya peroleh dari ayahnya kalau mereka memang mau mempelajarinya tanpa imbalan apa pun. Saya juga akan meneruskan ilmu pengetahuan ini kepada anak-anak saya sendiri dan kepada anak-anak guru saya, dan kepada mereka yang telah mengikatkan diri dengan janji dan sumpah untuk mengabdikan kepada ilmu pengobatan dan tidak kepada hal-hal yang lainnya.

Saya akan mengikuti cara pengobatan, yang menurut pikiran dan kemampuan saya, akan membawa kebaikan bagi pendeta tanpa tujuan-tujuan buruk.

Saya tidak akan memberikan obat yang mematikan kepada siapa pun meskipun diminta, atau menganjurkan kepada mereka untuk tujuan itu. Atas dasar yang sama, saya tidak akan memberikan obat untuk menggugurkan kandungan. Saya ingin melewati hidup yang saya baktikan kepada ilmu saya ini dengan tetap suci dan bersih. Saya tidak akan melakukan pembedahan sendiri, tetapi akan menyerahkan kepada mereka yang berpengalaman dalam pekerjaan ini. Rumah siapa pun yang saya masuki, kedatangan saya itu saya tujukan untuk kesembuhan yang sakit, dan tanpa niat-niat buruk ataupun membohongi dan lebih jauh tanpa niat memperkosa wanita ataupun pria, orang bebas, ataupun budak. Apa pun yang saya dengar atau lihat, tentang kehidupan seseorang yang tidak patut disebarluaskan, tidak akan saya ungkapkan karena saya harus merahasiakannya.

Selama saya tetap mematuhi sumpah saya ini, izinkanlah saya menikmati hidup dalam mempraktikkan ilmu saya ini, dihormati oleh semua orang di sepanjang waktu. Tetapi jika sampai saya mengkhianati sumpah ini, balikkanlah nasib saya."

Dari *Sumpah Hippocrates* ini, dikembangkan sumpah dokter yang pada dasarnya seragam diberbagai negara di dunia. Dalam Sidang Umum Persatuan Dokter Sedunia (*World Medical Association*) di Jenewa tahun 1948, dirumuskan suatu deklarasi yang pada intinya sama dengan *Sumpah Hippocrates*. Deklarasi Jenewa ini kemudian diperbaiki lagi dalam sidang ke-22 perkumpulan tersebut di Sidney tahun 1968.

Deklarasi tersebut berbunyi sebagai berikut:

"At the time of being admitted as a member of the medical profession:

I solemnly pledge myself to concentrate my life to the service of humanity;

I will give to my teachers the respect and gratitude which is their due;

I will practice my profession with conscience and dignity;

The health of my patient will be my first consideration;

I will respect the secrets which are confided in me, even after the patient has died;

I will maintain by all means in my power, the honor and the noble traditions of the medical profession;

My colleagues will be my brothers;

I will not permit consideration of religion, nationality, race, politics or racial standing to intervene between my duty and my patient;

I will maintain the respect for human life from the time of conceptions, even under threat, I will not use my medical knowledge contrary to the laws of humanity; I make this promise solemnly, freely, and upon my honor.²⁶

Terjemahan deklarasi ini ke dalam bahasa Indonesia dengan urutan kalimat yang berbeda, setelah secara resmi menjadi lafal sumpah dokter, sesuai Peraturan Pemerintah Nomor 26 Tahun 1960. Dengan demikian, lafal tersebut mempunyai kekuatan hukum yang jelas di Indonesia.

Selain mengucapkan *Sumpah Hippocrates*, juga merumuskan dalil tentang profesi kedokteran pada zamannya. Rumusan dalil itu pada pokoknya adalah.²⁷

1. Ilmu kedokteran adalah ilmu yang paling mulia di antara ilmu lain-lainnya, tetapi ketidaktahuan mereka yang mempraktikkannya menjadi tampak kurang mulia. Banyak orang memiliki gelar "dokter", namun kenyataannya hanya sedikit yang benar-benar berhak.
2. Siapa pun yang ingin menguasai ilmu kedokteran, perlu memiliki syarat-syarat sebagai berikut: berbakat (*be possessed of natural disposition*), belajar dengan baik, belajar pada usia muda, senang bekerja, dan mempunyai cukup waktu.
3. Mengajarkan ilmu kedokteran adalah semacam menanam benih ke tanah. Bakat yang dimiliki murid diumpamakan tanah, sedangkan ilmu yang diberikan guru diumpamakan benih. Mengajarkan kedokteran, seperti juga menanamkan padi di tanah, harus melihat tanah yang baik serta mesin yang tepat. Juga diperlukan pemupukan yang rajin agar didapat buah yang benar-benar matang.

26) Periksa Soerjono Soekanto. *Aspek Hukum dan Etika Kedokteran di Indonesia*. PT Temprin, Jakarta, 1983, h. 15.

27) Periksa Soerjono Soekanto, 1983, *ibid.*, h.16.

4. Setelah lulusan dari pendidikan dan melaksanakan tugas dari kota ke kota. Seorang dokter harus selalu menjaga martabatnya, bukan saja hanya dalam nama, melainkan juga dalam kemampuan. Kurang dalam pengalaman akan menjadi bekal yang buruk. Saya akan mengurangi rasa percaya diri dan menyuburkan kekurangberanian (*timidity*) atau kelancangan (*audacity*).
5. Hal-hal yang suci hanya boleh diajarkan kepada mereka yang juga suci adalah suatu dosa jika hal-hal yang suci diajarkan kepada mereka yang mungkar kecuali jika mereka sudah ditasbihkan melalui pengenalan rahasia ilmu pengetahuan yang sejati.

Rumusan dalil ini, kemudian menjadi pegangan bagi mereka yang hendak mengamalkan ilmu kedokteran, baik untuk mengajar maupun untuk mengobati seseorang. Dari dalil-dalil tersebut, kode etik kedokteran berkembang. Dengan demikian, **Hippocrates** menghendaki syarat-syarat tertentu sebelum menerima seseorang menjadi muridnya. Kemudian, setelah lulus dokter itu dikehendaki mengambil sikap demi kepentingan penderita sesuai dengan lafal sumpah yang telah disusunnya. Agaknya **Hippocrates** menyadari hanya mereka yang memenuhi syarat yang disebutnya dalam dalilnya itu yang akan sanggup menepati sumpah.

Dalil **Hippocrates** tersebut pada dasarnya ada tiga pokok yang dipersyaratkan bagi mereka yang ingin menjadi dokter. *Pertama*, setiap dokter harus berusaha menguasai ilmunya sebaik mungkin. Ia harus meningkatkan mutu profesinya, melalui belajar yang terus-menerus dan pengalaman-pengalaman yang diperolehnya. *Kedua*, seorang dokter harus menjaga martabat profesinya. Dan *ketiga*, seorang dokter harus menjadi seorang yang suci yang mengabdikan diri sepenuh waktunya untuk profesinya.

Jadi, jelas bahwa sejak semula **Hippocrates** telah menggariskan suatu kode etik bagi para dokter pada zamannya melalui dalil dan sumpah yang disusunnya.

Kode Etik Kedokteran Internasional yang dirumuskan dalam Sidang Keperawatan *World Medical Association* tahun 1949 di Inggris dan diperbaiki dalam sidang di Sidney tahun 1968, pada hakikatnya mencakup isi dalil dan

Sumpah Hippocrates. Kode etik kedokteran modern tersebut agaknya memang merupakan hasil olahan antara keduanya.

Adapun bunyi kode etik kedokteran Internasional tersebut adalah sebagai berikut:

"Duties of doctors in general:

A doctor must always maintain the highest standards of professional conduct.

A doctor must practice his profession uninfluenced by motives of profit. The following practice are deemed unethical:

- a. *Any self advertisement except such as is expressly authorized by the national code of medical ethics.*
- b. *Collaborate in any forms of medical service in which the doctor does not have professional independence.*
- c. *Receiving any money in connection with service rendered to a patient other than a proper professional fee, even with the knowledge of the patient.*

Any advices or advice which should weaken physical or mental resistance of a human being may be used only on his interest.

A doctor is advised to use great caution in divulging discoveries of a new techniques of treatment.

A doctor should certify or testify to that which he has personally verified.

A doctor must always bear in mind the obligation of preserving human life.

A doctor owes to his patient complete loyalty and all the resources of his science. Whenever an examination or treatment is beyond his capacity he should summon another doctor who has the necessary ability.

A doctor shall preserve absolute secrecy on all he knows about his patient even after the patient has died, because of the confidence entrusted in him.

A doctor must give emergency care as a humanitarian duty unless he is assured that others are willing and able to give such care.

Duties of doctors to each other:

A doctor ought to behave to his colleagues as he would have them behave to him.

A doctor must not entice patients from his colleagues.

A doctor must observe the principles of 'the declaration of Geneva' approved by the World Medical Association.²⁸

Pada dasarnya, Kode Etik Kedokteran Indonesia tahun 1969 adalah terjemahan dari Kode Etik Kedokteran Internasional tersebut dengan beberapa tambahan, yaitu:

1. **Pasal 7**

Seorang dokter hendaklah berusaha menjadi pendidik rakyat yang sebenarnya.

2. **Pasal 8**

Dalam kerja sama dengan para pejabat di bidang kesehatan lainnya hendaklah dipelihara pengertian yang sebaik-baiknya.

3. **Pasal 16**

Seorang dokter harus memelihara kesehatannya supaya dapat bekerja dengan baik.

4. **Pasal 17**

Seorang dokter hendaklah senantiasa mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan tetap setia kepada cita-cita yang luhur.

Selain tambahan pasal-pasal tersebut, ada pasal yang merupakan pengalihan dari pasal, yang berbunyi:

"A doctor owes to his patient complete loyalty and all the resources on his science"

"Seorang dokter wajib bersikap tulus ikhlas terhadap pasien dan wajib mempergunakan segala sumber keilmuannya. Apabila tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau suatu pengobatan, maka wajiblah ia minta musyawarah kepada dokter lain yang mempunyai keahlian dalam penyakit yang bersangkutan. Pasien hendaknya diberi kesempatan supaya ia senantiasa dapat berhubungan dengan keluarga dan penasihatnya dalam beribadah."

Etika kedokteran tersebut, sepanjang masa mengutamakan penderita yang berobat demi keselamatan dan kepentingannya. Etika kedokteran sudah

28) Periksa Soerjono Soekanto, 1983, *ibid.*, h. 17.

sewajarnya dilandaskan atas norma-norma etik yang mengatur hubungan manusia umumnya dan dimiliki asas-asas dalam falsafah masyarakat yang diterima dan dikembangkan terus. Di Indonesia, asas-asas itu adalah Pancasila sebagai landasan idiil dan Undang-Undang Dasar 1945 sebagai landasan struktural.

Kode Etik Kedokteran Indonesia terdiri atas 19 pasal yang terangkum dalam IV bab, yang diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 434/Menkes/SK/X/1983 tentang Berlakunya Kode Etik Kedokteran Indonesia bagi Para Dokter di Indonesia. Yang meliputi:

1. Kewajiban Umum

- a. Setiap dokter harus menjunjung tinggi, menghayati, dan mengamalkan sumpah dokter.
- b. Seorang dokter harus senantiasa melakukan profesinya menurut ukuran yang tertinggi.
- c. Dalam melakukan pekerjaan kedokteran, seorang dokter tidak boleh dipengaruhi oleh pertimbangan keuntungan pribadi.
- d. Tiap perbuatan atau nasihat yang mungkin akan melemahkan daya tahan makhluk insani, baik jasmani maupun rohani, hanya diberikan untuk kepentingan penderita.
- e. Seorang dokter harus senantiasa berhati-hati dalam mengumumkan dan menerapkan setiap penemuan teknik atau pengobatan baru yang belum diuji kebenarannya.
- f. Seorang dokter hanya memberikan keterangan atau pendapat yang dapat dibuktikan kebenarannya.
- g. Dalam melakukan pekerjaan, seorang dokter harus mengutamakan atau mendahulukan kepentingan masyarakat dan memerhatikan semua pelayanan kesehatan yang menyeluruh (*promotive, preventive, curative, dan rehabilitative*), serta berusaha menjadi pendidik dan pengabdikan masyarakat yang sebenarnya.

- h. Setiap dokter dalam bekerja sama dengan pejabat di bidang kesehatan dan bidang lainnya serta masyarakat harus memelihara saling pengertian sebaik-baiknya.
- i. Perbuatan berikut dipandang bertentangan dengan etik, yaitu setiap perbuatan yang bersifat memuji diri sendiri, secara sendiri atau bersama-sama menerapkan pengetahuan dan keterampilan kedokteran dalam segala bentuk tanpa kebebasan profesi, menerima imbalan selain daripada yang layak sesuai dengan jasanya, kecuali dengan keikhlasan, sepengetahuan, dan kehendak penderita.

2. Kewajiban Dokter terhadap Penderita

- j. Setiap dokter wajib bersikap tulus ikhlas dan mempergunakan segala ilmu dan keterampilannya untuk kepentingan penderita.
- k. Dalam hal ia tidak mampu melakukan pemeriksaan dan pengobatan, maka ia wajib merujuk penderita ke dokter lain yang mempunyai keahlian dalam penyakit tersebut.
- l. Setiap dokter harus memberikan kesempatan pada penderita agar senantiasa dapat berhubungan dengan keluarga dan penasihatnya dalam beribadat dan atau dalam masalah lainnya.
- m. Setiap dokter wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang seorang penderita, bahkan setelah penderita itu meninggal dunia.
- n. Setiap dokter wajib melakukan pertolongan darurat sebagai suatu tugas perikemanusiaan, kecuali jika ia yakin ada orang lain bersedia dan mampu memberikannya.

3. Kewajiban Dokter terhadap Teman Sejawatnya

- o. Setiap dokter memperlakukan teman sejawatnya sebagaimana ia sendiri ingin diperlakukan.
- p. Setiap dokter tidak boleh mengambil alih penderita dari teman sejawatnya tanpa persetujuannya.

4. Kewajiban Dokter terhadap Diri Sendiri

- q. Bahwa setiap dokter harus memelihara kesehatannya supaya dapat bekerja dengan baik.
- r. Dan setiap dokter hendaklah senantiasa mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan tetap setia pada cita-citanya yang luhur.

5. Penutup

- s. Setiap dokter harus berusaha dengan sungguh-sungguh menghayati dan mengamalkannya dalam pekerjaan sehari-hari. Kode Etik Kedokteran Indonesia hasil Mukernas IDI ke-2, demi untuk mengabdikan kepada masyarakat, bangsa, dan negara.

E. PELAKSANAAN PROFESI DOKTER

Pelaksanaan profesi dokter berkembang sejalan dengan perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran yang semakin meluas dan menyangkut berbagai aspek kehidupan manusia. Namun, profesi dokter bukan profesi bisnis, melainkan merupakan suatu profesi yang harus dijalankan dengan moralitas tinggi karena harus selalu siap memberikan pertolongan kepada orang yang membutuhkannya. Di samping itu, dokter juga mempunyai kewajiban untuk mengembangkan ilmunya dengan mengadakan penelitian. Oleh karena itu, dalam menjalankan tugas kemanusiaannya, dokter seharusnya selalu terikat pada kode etik dan sumpah dokter. Pendidikan kedokteran secara formal dapat diselesaikan oleh setiap dokter, tetapi pada hakikatnya pendidikan kedokteran tidak pernah berakhir dan berhenti. Ilmu kedokteran terus berkembang dan berlanjut sehingga bermanfaat atau tidaknya ilmu kedokteran bagi masyarakat bergantung pada landasan filosofi dan idealismenya. Tanpa landasan etik yang luhur yang dimiliki dunia kedokteran, dapat mengakibatkan tugas kemanusiaan yang diembannya semata-mata didasarkan hubungan bisnis.

Di Indonesia, penilaian terhadap pelayanan dan penampilan dokter dalam pelaksanaan profesinya, baru mulai berkembang di kota besar tempat praktik berbagai macam dokter dan berkembangnya sarana pelayanan

medis. Lebih-lebih dengan semakin meningkatnya sarana pelayanan medis swasta yang ditawarkan kepada masyarakat dan dibukanya beberapa klinik spesialis. Oleh sebab itu, guna menata pelayanan dan penampilan dokter dalam pelaksanaan profesinya, dikeluarkan ketentuan berupa Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 415a/Menkes/Per/V/1987 tentang Peningkatan Efisiensi Tenaga Kerja Medis di Rumah Sakit Pemerintah. Hal ini disebabkan oleh dokter sebagai tenaga medis di rumah sakit pemerintah, pada umumnya juga bekerja *part time* di rumah sakit swasta, bahkan membuka atau memiliki sarana pelayanan medis swasta lainnya sehingga meninggalkan tugas pokoknya.

Menurut Howard,²⁹ pelayanan medis sering terjebak pada kontras pelayanan yang ideal yang manusiawi dan realitas praktik yang tidak manusiawi. Kenyataan ini merangsang keprihatinan moral atas problem dehumanisasi³⁰ dan depersonalisasi³¹ pelayanan medis. Problem tersebut meliputi, antara lain, pelayanan medis yang tidak merata dan tidak memadai, sikap tak acuh pemberi pelayanan medis terhadap kebutuhan emosional pasien, prioritas nilai yang saling bertabrakan pada pendidikan profesional, diagnosis terapi cenderung semakin bergeser dari ruang praktik atau klinik menuju lembaga skala besar, pemberi pelayanan medis semakin kehilangan otonomi, individualitas, serta tanggung jawab pribadi sebagai dampak spesialisasi dan superspesialisasi. Semua merupakan kendala bagi pelayanan kesehatan yang manusiawi.

-
- 29) Periksa Tjiong. R., 1991, *Problem Etis Upaya Kesehatan*. Gramedia Pustaka Utama, Jakarta, h. 143—148.
- 30) Periksa Veronika Komalawati, 1999, *op. cit.*, h. 26. Yang dimaksud dengan dehumanisasi, yaitu mengacu pada objektivikasi. Artinya, bahwa manusia itu dipersepsikan sebagai objek yang perasaannya diabaikan dan dapat diukur berdasarkan standar tertentu. Pasien dapat dipaksa secara tidak semestinya untuk lebih berhubungan dengan perangkat keras daripada dengan penyelenggara pelayanan kesehatan.
- 31) Periksa Veronika Komalawati, 1999, *ibid.*, h. 16. Yang dimaksud depersonalisasi secara umum adalah hilangnya kehangatan atau keakraban dalam hubungan antara manusia. Jarak emosional diciptakan bagi kaum profesional dalam menanganai pasien, sebagai prasyarat profesional. Namun, hilangnya kehangatan sikap pada penyelenggara pelayanan kesehatan dan sikap tanpa keprihatinan, dianggap sebagai penyangkalan nilai manusiawi.

Sehubungan dengan uraian tersebut, menurut **Rueschemeyer**³² bahwa dalam profesi medis, keterampilan dokter umum sebagian besar bukan ditentukan oleh keterampilan teknisnya, melainkan pada kemampuannya berhubungan secara hangat dan pribadi dengan pasien. Hal ini dilakukan sambil berupaya mencari kepastian sesuai dengan diagnosis yang ditentukan, agar dapat memberikan pengobatan yang secukupnya. Oleh karena itu, pelayanan kesehatan dalam pelaksanaan profesi dokter sudah seharusnya didasarkan pada penghargaan atas martabat manusia dan upaya pelayanan yang menjunjung tinggi kemanusiaan seutuhnya.

DOKTER ***** SIEN

SIEN SAKIT SEBAGAI SARANA PELAYANAN

Si sakit yang sakit dalam oleh anggaran dasar Perhimpunan Rumah Sakit Indonesia (Perai Bab I Pasal 1)

Si sakit adalah suatu keadaan yang merupakan bagian dari sistem pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh pelayanan kesehatan individu dan masyarakat.

Si sakit adalah suatu sarana yang merupakan bagian dari sistem pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh pelayanan kesehatan individu dan masyarakat.

Si sakit adalah suatu sarana yang merupakan bagian dari sistem pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh pelayanan kesehatan individu dan masyarakat.

Si sakit adalah suatu sarana yang merupakan bagian dari sistem pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh pelayanan kesehatan individu dan masyarakat.

32) Terence J. Johnson, 1991, *op. cit.*, hal. 27.

BAB III

DESKRIPSI LATAR RUMAH SAKIT SEBAGAI SARANA PELAYANAN MEDIS DALAM HUBUNGANNYA DENGAN DOKTER DAN PASIEN

A. RUMAH SAKIT SEBAGAI SARANA PELAYANAN MEDIS

Pengertian rumah sakit diatur oleh anggaran dasar Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (Persi) Bab I Pasal 1:

"Bahwa rumah sakit adalah suatu sarana dalam mata rantai sistem kesehatan nasional yang mengemban tugas pelayanan kesehatan untuk seluruh masyarakat."

Rumah sakit adalah¹ suatu sarana yang merupakan bagian dari sistem pelayanan kesehatan yang menjalankan rawat inap, rawat jalan, dan rehabilitasi berikut segala penunjangnya.

Dengan demikian, rumah sakit adalah tempat untuk menyelenggarakan salah satu upaya kesehatan, yaitu upaya pelayanan kesehatan (*health services*).

Dalam Pasal 58 Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992, dinyatakan pula bahwa sarana kesehatan tertentu harus berbentuk badan hukum, antara lain, rumah sakit. Ini berarti bahwa rumah sakit tidak dapat diselenggara-

¹ Periksa Panitia Etika Rumah Sakit. "Etika Rumah Sakit di Rumah Sakit Dr. Cipto Mangunkusumo", Jakarta, 1991, h. 1.

kan oleh orang perorangan (*individu*, *natuurlijk persoon*), tetapi harus diselenggarakan oleh suatu badan hukum (*rechts persoon*) yang dapat berupa perkumpulan, yayasan atau perseroan terbatas.

Bagi para pendiri atau pengurusnya, *in casu* rumah sakit dimaksudkan untuk sarana menolong orang yang sakit, terutama orang yang tak mampu. Biaya pengelolaan rumah sakit yang didirikan oleh pihak swasta ini berasal dari sumbangan para dermawan. Jadi, pada awalnya pelayanan yang dilakukan oleh rumah sakit bersifat sosial.

Seiring dengan perkembangan alam pikiran masyarakat, kondisi tersebut di atas (rumah sakit semata-mata melakukan pelayanan yang bersifat sosial) mengalami perubahan. Semakin hari semakin sulit bagi pihak pengelola rumah sakit untuk mendapatkan biaya yang berasal dari sumbangan para dermawan dan semakin hari biaya yang harus dikeluarkan oleh rumah sakit semakin besar. Oleh karena itu, tidak seimbang lagi dengan pemasukan rumah sakit. Untuk kelangsungan rumah sakit pendiri/pengelola membuat kebijaksanaan, yaitu seluruh biaya yang diperlukan untuk melakukan perawatan dibebankan kepada si pasien.

Dalam sejarah perkembangan tersebut terlihat bahwa prinsip ekonomi dan manajemen modern harus diterapkan dalam pengelolaannya. Dengan demikian, apabila dilihat secara sosiologis, tujuan pendirian rumah sakit swasta sudah mengalami pergeseran dari tujuan awalnya, yakni semula bersifat lembaga sosial murni menjadi lembaga sosio-ekonomi.²

Pendirian rumah sakit dapat dilakukan oleh sebuah perusahaan yang berbentuk badan hukum perseroan terbatas yang *profit oriented* (mengejar keuntungan semata). Hukum telah menjadikan rumah sakit sebagai "*rechtspersoon*" dan oleh karena itu rumah sakit juga dibebani dengan hak dan kewajiban hukum atas tindakan yang dilakukannya. Dalam kemandiriannya sebagai subjek hukum inilah rumah sakit melibatkan orang-orang yang

2) Periksa Dalmy Iskandar. *Hukum Rumah Sakit dan Tenaga Kesehatan*. Grafindo Grafika, Jakarta, 1998, h. 8.

nyandang profesi kedokteran dan tenaga kesehatan lainnya yang tidak hanya terdiri atas para dokter dan dokter gigi, tetapi semua kategori tenaga kesehatan sebagaimana menurut ketentuan Pasal 2 ayat (1) Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan. Tenaga kesehatan tersebut melakukan pekerjaannya di rumah sakit dan menjalankan tugasnya sesuai dengan keahlian (bidang ilmunya) serta dikat oleh etik profesinya masing-masing, bekerja berdasarkan "*arbeids overeenkomst*".

Secara umum persetujuan untuk melakukan pekerjaan ini diatur dalam Pasal 1601 BW³ berdasarkan syarat-syarat tertentu dengan menerima upah. Syarat-syarat yang dimaksudkan dapat dituangkan dalam deskripsi tugas (*job description*) yang dibuat rumah sakit sebagai badan hukum selaku pihak yang memberi pekerjaan dan tenaga kesehatan yang terlibat sebagai penerima pekerjaan (*werknemer*).

1. Jenis Rumah Sakit

Jenis rumah sakit ada dua, yaitu rumah sakit swasta dan rumah sakit pemerintah.

Yang dimaksud rumah sakit swasta adalah rumah sakit yang didirikan oleh pihak swasta atau nonpemerintah, yaitu beberapa orang (*persoon*) sepakat untuk mendirikan badan hukum (*rechtspersoon*) dan badan hukum ini melakukan kegiatan dalam bidang pendirian dalam menjalankan rumah sakit. Selain yang didirikan oleh *persoon*, sering juga terdapat rumah sakit ini didirikan oleh kelompok-kelompok, seperti misi agama. Adapun bentuk badan hukum rumah sakit yang didirikan oleh pihak swasta ini lazimnya digunakan oleh yayasan (*stichting*)⁴, yang diatur dalam Undang-Undang Nomor 16 Tahun 2001.

Pemberian status sebagai "*persoon*" pada rumah sakit oleh hukum sehingga berfungsi sebagai badan hukum "*rechtspersoon*" ini biasanya untuk

3) Periksa Hermien Hadiati Koeswadji, 1998, *op. cit.*, h. 107.

4) Periksa Dalmy Iskandar, 1998, *op. cit.*, h. 7.

rumah sakit swasta dituangkan dalam akta pendirian yayasan. Organisasi yang dikelola oleh pengurus yayasan ini biasanya terdiri atas orang-orang yang untuk pertama kalinya mencetuskan pendirian sebuah rumah sakit dan di rumah sakit swasta merupakan pemegang wewenang tertinggi. Secara umum menurut hukum kewajiban pengurus yayasan dapat dirinci sebagai berikut:⁵

- a. Menentukan kebijaksanaan umum (*policy*), seperti dalam hal memilih spesialisasi (dan spesialis) yang tercermin dalam bagian-bagian dan merupakan materi akreditasi tipe rumah sakit.
- b. Menentukan dan peran spesialis mengenai masalah yang berkaitan dengan segi finansial, kebijaksanaan personel, serta hubungan hukum keluar dalam rangka kerja sama dengan pihak ketiga.
- c. Pengangkatan dan pemberhentian direksi, serta pemberian persetujuan atau penolakan atas keputusan-keputusan yang telah diambil oleh direksi.

Dalam hal ini, status pengurus rumah sakit (pengurus yayasan) yang dirinci dalam akta pendiriannya. Bentuk badan hukum dalam bentuk yayasan agak kurang menguntungkan jika dibandingkan yayasan secara umum yang melibatkan peran, wewenang para pemegang saham. Oleh karena itu, dalam organisasi rumah sakit, di samping pengurus yayasan ada lembaga direksi yang mengerjakan kegiatan rumah sakit sehari-hari. Dalam kenyataannya, seorang direktur rumah sakit swasta diangkat dan diberhentikan oleh pengurus yayasan.

Seorang direksi sebuah rumah sakit bertugas melaksanakan kebijaksanaan dan pengelolaan rumah sakit sehari-hari. Kewenangan ini tidak bersifat otonom, tetapi lahir akibat wewenang yang diberikan oleh pengurus yayasan. Dengan demikian, direksi bertanggung jawab langsung kepada pengurus yayasan. Di lain pihak, apabila dalam hal tertentu pengurus yayasan

5) Periksa Hermien Hadiati Koeswadji, 1998, *op. cit.*, h. 108.

yang memutuskan sesuatu direksi yang harus mempersiapkan pelaksanaannya. Direksi ini terdiri atas orang-orang yang paham akan bidangnya, sedangkan pengurus yayasan bisa saja terdiri atas orang awam, tetapi mereka inilah yang merupakan pencetus ide pertama dan yang umumnya memiliki modal. Komunikasi yang baik, efisien, dan intensif antara direksi dan pengurus yayasan merupakan syarat utama agar rumah sakit dapat berfungsi secara optimal.

Sering kali dalam pelimpahan wewenang oleh pengurus yayasan kepada direksi tersebut tidak jarang terjadi konflik mengenai kompetensi, yang sebetulnya tidak perlu ada apabila mekanisme komunikasinya intensif dan efisien. Ditinjau dari segi keahlian dan profesi, serta kewenangan direksi mereka bertanggung jawab atas tugas-tugas yang dilakukan sepanjang berkaitan dengan fungsi rumah sakit sebagai sarana kesehatan berdasarkan ketentuan Pasal 56, Pasal 57, Pasal 58, dan Pasal 59 Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1953. Anggota direksi, seperti juga halnya anggota tetap personel rumah sakit yang lainnya merupakan pegawai yayasan, juga diberhentikan atau diangkat seperti yang lain. Secara faktual dalam rumah sakit swasta, yayasan yang diwakili oleh pengurusnya pada dasarnya merupakan pihak yang memberi pekerjaan (*work-giver*).

Di samping pengurus yayasan dan direksi dalam organisasi rumah sakit, ada juga *medical staff*. *Medical staff* dan anggotanya terdiri atas dokter spesialis ini direkrut oleh rumah sakit dan biasanya tidak berada dalam keduduannya sebagai pekerja, tetapi keterlibatannya dalam rumah sakit berdasarkan atas "*toelatingscontract*"⁶. Mereka terhimpun dari *medical* rumah sakit.

Secara yuridis *medical staff* ini tidak mempunyai arti karena mereka bukan merupakan bagian tetap dari organ rumah sakit yang diberi status sebagai badan hukum oleh hukum dan juga tidak mempunyai kewenangan, seperti halnya pengurus yayasan atau direksi rumah sakit. Namun,

6) Periksa Hermien Hadiati Koeswadji, 1998, *ibid.*, h. 110.

dari segi fungsi profesionalnya, *medical staff* mempunyai kedudukan yang sangat kuat. *Medical staff* menentukan secara fungsional peraturan-peraturan untuk staf tetap rumah sakit yang harus dipatuhi oleh anggota staf. Peraturan-peraturan tersebut tidak boleh bertentangan dengan tujuan dan kepentingan rumah sakit, tetapi sebaliknya, justru untuk meningkatkan mutu pelayanan perawatan rumah sakit. Berkat kemampuan profesionalnya serta besar kecilnya jumlah anggota staf medis fungsional ini sering kali *medical staff* memegang posisi penting yang otonom serta dapat memaksakan pada rumah sakit melalui peraturan-peraturan yang dibuatnya.

Tujuan *medical staff* sebagai staf medis fungsional adalah untuk meningkatkan mutu pelayanan medis rumah sakit, melalui kerja sama, penugasan, serta pengawasan secara perseorangan. Sarana pengawasan demikian itu dilakukan melalui "*medical audit*" yang bertujuan untuk mencegah dilakukannya kelalaian oleh rumah sakit. Panitia yang memantau kelalaian ini dasar hukumnya dapat ditemukan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 983/Menkes/SK/XI/1992 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit Umum dan yang di Belanda, panitia ini disebut *Fouten en Ongevallen Commissie* (FONA)⁷. Komite medik ini kedudukannya secara fungsional berada di bawah direktur rumah sakit dan secara struktural berada di bawah direktur yang membidangi keperawatan. Di Belanda FONA selalu cermat dan mengikuti jalannya penanganan penyakit pasien, sejak registrasi awal di bagian penerimaan sampai pada pemeriksaan dan penentuan terapi sebagai alternatif upaya perawatan pelayanan kesehatan, terutama untuk mencegah kejadian-kejadian yang mengakibatkan gugatan oleh pasien pada rumah sakit.

Di Indonesia komite medik ini tampaknya belum berfungsi secara optimal. Kerja komite medik berkaitan dengan audit medis yang berfungsi mencegah kemungkinan terjadinya kelalaian dalam tindakan medis tertentu, di samping mengupayakan penyelesaiannya jika kelalaian telanjur

7) Periksa Hermien Hadiati Koeswadji, 1998, *ibid.*, h. 111.

terjadi. Apa yang dilakukan oleh komite medik melalui audit medis tersebut, tidak lain bertujuan agar kepada pasien diberikan pelayanan perawatan medis yang sebaik-baiknya dengan menggunakan teknik dan prosedur berdasarkan ilmu pengetahuan kedokteran dan etika dalam tanggung jawab rumah sakit sebagai salah satu bentuk sarana kesehatan menurut Pasal 56 Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan.

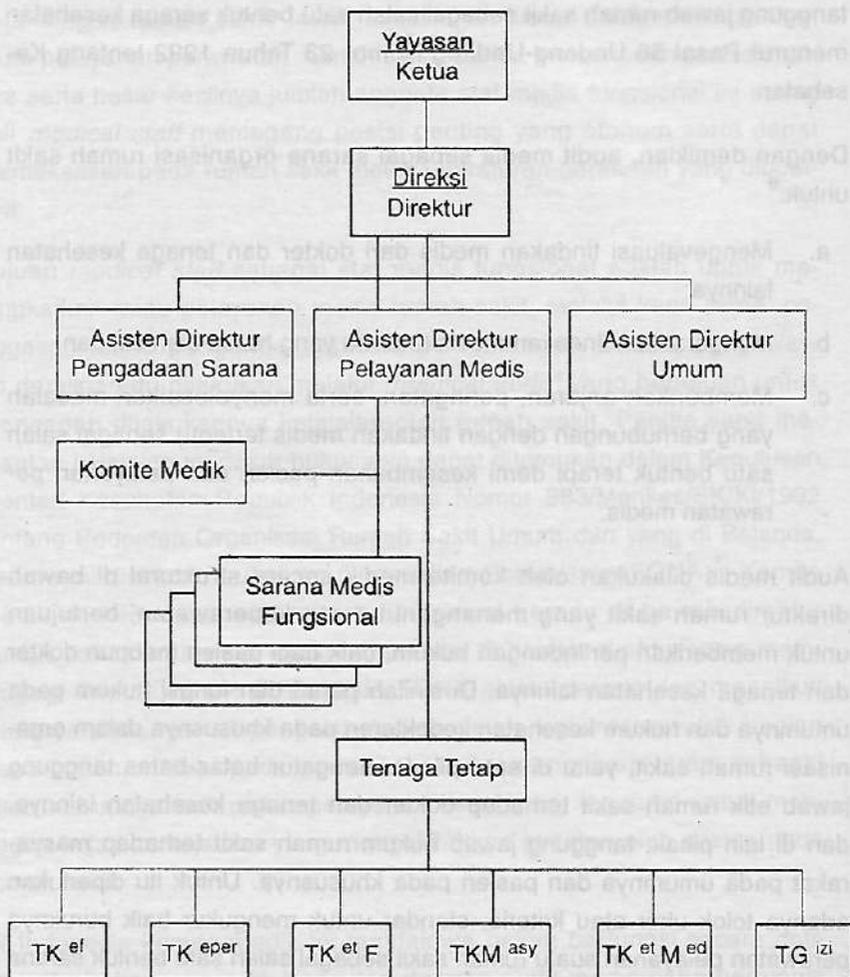
Dengan demikian, audit medis sebagai sarana organisasi rumah sakit untuk:⁸

- a. Mengevaluasi tindakan medis dari dokter dan tenaga kesehatan lainnya;
- b. Mengarahkan tindakan medis tertentu yang harus diambil; dan
- c. Memberikan anjuran, peringatan, serta menyelesaikan masalah yang berhubungan dengan tindakan medis tertentu sebagai salah satu bentuk terapi demi kesembuhan pasien dan pelayanan perawatan medis.

Audit medis dilakukan oleh komite medik secara struktural di bawah direktur rumah sakit yang menangani urusan keperawatan, bertujuan untuk memberikan perlindungan hukum, baik bagi pasien maupun dokter dan tenaga kesehatan lainnya. Di sinilah peran dan fungsi hukum pada umumnya dan hukum kesehatan kedokteran pada khususnya dalam organisasi rumah sakit, yaitu di satu pihak, mengatur batas-batas tanggung jawab etik rumah sakit terhadap dokter dan tenaga kesehatan lainnya, dan di lain pihak, tanggung jawab hukum rumah sakit terhadap masyarakat pada umumnya dan pasien pada khususnya. Untuk itu diperlukan adanya tolok ukur atau kriteria, standar untuk mengukur baik buruknya perawatan pelayanan suatu rumah sakit sebagai salah satu bentuk sarana kesehatan.

8) Periksa Hermien Hadiati Koeswadji, 1998, *ibid.*, h. 111.

Bagan 3
Struktur Organisasi Rumah Sakit Swasta dengan
Tenaga Tetap dan Tenaga Tidak Tetap⁹



Sumber: **Hermien Hadiati Koeswadji**, 1998, h. 109.

9) Periksa Hermien Hadiati Koeswadji, 1998, *ibid.*, h. 109.

Rumah sakit pemerintah di Indonesia terdapat berbagai peraturan yang mengaturnya. Peraturan-peraturan tersebut pada dasarnya masuk ruang lingkup bidang tata hukum administrasi negara, sedangkan peraturan yang mengaturnya adalah Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 031/Birhup/1972 tentang Rumah Sakit Pemerintah. Keputusan itu merumuskan rumah sakit sebagai:¹⁰

- a. Suatu kompleks atau ruangan yang dipergunakan untuk menampung dan merawat orang sakit dan atau bersalin;
- b. Kamar-kamar orang sakit yang berada dalam satu perumahan khusus, seperti rumah sakit khusus, rumah sakit bersalin, lembaga masyarakat, kapal laut.

Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan, apabila ditinjau dari sudut kepemilikan, rumah sakit tersebut dapat dibedakan menjadi:

- a. Rumah sakit pemerintah yang dikelola oleh:
 - 1) Departemen Kesehatan;
 - 2) Departemen Dalam Negeri;
 - 3) Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (ABRI); dan
 - 4) Badan Usaha Milik Negara (BUMN).
- b. Rumah sakit swasta yang bersifat:
 - 1) Yang bukan mencari keuntungan (*not for profit*) dan
 - 2) Yang bersifat mencari keuntungan (*for profit*).

Rumah sakit umum pemerintah ini dibedakan lagi menjadi:¹¹

a. Rumah Sakit Umum Tipe A

Yaitu apabila pada rumah sakit tersebut tersedia pelayanan medis spesialisik dan subspecialistik yang luas.

-
- 10) Periksa Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 31 Tahun 1972 tentang Rumah Sakit Pemerintah.
 - 11) Periksa Dalmy Iskandar, 1998, *op. cit.*, h. 10.

b. Rumah Sakit Umum Tipe B

Yaitu apabila pada pelayanan rumah sakit tersebut tersedia pelayanan medis spesialisik luas dan subspecialistik terbatas.

c. Rumah Sakit Umum Tipe C

Yaitu apabila pada pelayanan rumah sakit tersebut terdapat pelayanan medis spesialisik minimal untuk empat vak besar, yaitu penyakit dalam, kesehatan anak, bedah, dan *obstetri-ginekologi*.

d. Rumah Sakit Umum Tipe D

Yaitu apabila pada rumah sakit tersebut tersedia pelayanan medis dasar oleh dokter umum.

Dapat dikemukakan bahwa dalam perkembangannya dewasa ini untuk menutupi kekurangan biaya, timbul pemikiran dari pihak Departemen Kesehatan untuk memberikan otonomi pada rumah sakit, dengan harapan pada saatnya nanti rumah sakit pemerintah dapat menjadi lembaga yang bisa membayar sendiri seluruh biaya operasionalnya (swadana)¹².

Pemikiran untuk menjadikan rumah sakit pemerintah menjadi rumah sakit swadana, tergambar dalam Program Upaya Kesehatan Rujukan Repelita Pelayanan Medis pada Bab IV, yang berbunyi sebagai berikut:

"Sasaran yang ingin dicapai adalah agar rumah sakit mampu mandiri dalam pembiayaan dan rumah sakit pemerintah dapat mengelola secara langsung dana yang diperoleh dari jasa pelayanannya dan dari sumber dana lainnya secara terpadu."

Di Kota Madya Semarang, jenis rumah sakit ada 2, yaitu rumah sakit swasta dan rumah sakit pemerintah. Rumah sakit swasta di Semarang ada 6 buah, yaitu 2 buah rumah sakit swasta tipe B, yaitu Rumah Sakit St. Elizabeth dan Rumah Sakit Telogorejo serta 4 buah rumah sakit swasta tipe C, yaitu Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum, Rumah Sakit Panti Wilasa Dr. Cipto, Rumah Sakit Islam Sultan Agung, dan Rumah Sakit Roemani.

12) Periksa Soerjono Soekanto. *Pengantar Hukum Kesehatan*. Penerbit Remaja Karya, Bandung, 1987, h. 133.

Rumah sakit pemerintah yang ada di Semarang ada 3 buah, 1 buah rumah sakit pemerintah tipe B, yaitu RSUP Dr. Kariadi yang juga berfungsi sebagai rumah sakit pendidikan dan 2 buah rumah sakit pemerintah tipe C, yaitu RSU Kodya Semarang dan RSU Tugu.

Kasus konflik hubungan antara dokter dan pasien dalam upaya pelayanan medis yang masuk di Pengadilan Negeri Semarang dalam kurun waktu 2001—2002 ada empat kasus yang terjadi di rumah sakit swasta tipe B dan C.

2. Kode Etik Rumah Sakit

Terhitung sejak tanggal 11 April 1978 telah berdiri sebuah organisasi sebagai wadah berhimpunnya rumah sakit yang ada di seluruh Indonesia yang diberi nama Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (Persi). Adapun tujuan didirikannya Persi ini tercantum dalam Pasal 4 Anggaran Dasar Persi, yaitu:¹³

- a. Menghimpun dan mewakili rumah sakit-rumah sakit di Indonesia dengan menghormati kedaulatan masing-masing;
- b. Menyukkseskan program pemerintah dalam bidang kesehatan pada umumnya dan rumah sakit pada khususnya dalam kaitannya dengan pengembangan sistem kesehatan nasional;
- c. Menyempurnakan pengelolaan rumah sakit demi peningkatan pelayanan bagi masyarakat;
- d. Memperjuangkan kepentingan rumah sakit sebagai suatu lembaga.

Dalam rangka pelayanannya kepada masyarakat, Kongres VI Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia yang diselenggarakan di Jakarta pada tanggal 12—25 November 1993 telah menghasilkan beberapa keputusan, antara lain, tentang Revisi Kode Etik Rumah Sakit Indonesia dengan petunjuk pelaksanaannya.

13) Periksa Hermien Hadiati Koeswadji, 1998, *op. cit.*, h. 16.

Kode etik rumah sakit merupakan rangkuman nilai-nilai dan norma-norma yang bisa dijadikan pedoman operasional rumah sakit, pentingnya hal ini mengingat rumah sakit dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi ilmu kedokteran sudah menjadi uni-sosio-ekonomi yang majemuk. Selain itu, terdapat berbagai macam tenaga kerja dari aneka disiplin ilmu yang memiliki etika profesi masing-masing, maka untuk itu dibutuhkan kode etik agar rumah sakit berfungsi dengan baik.

Hal-hal yang penting diungkapkan dalam kode etik rumah sakit tersebut adalah menyangkut:¹⁴

a. Kewajiban umum rumah sakit

Menyangkut kewajiban umum rumah sakit, dalam Bab I Kode Etik Rumah Sakit Indonesia dikemukakan bahwa rumah sakit sebagai suatu institusi harus:

- 1) Menaati Kode Etik Rumah Sakit Indonesia, dapat mengawasi serta bertanggung jawab terhadap semua kejadian di rumah sakit (*corporate liability*);
- 2) Memberi pelayanan yang baik (*duty of due care*);
- 3) Memberikan pertolongan (*emergency*) tanpa mengharuskan pembayaran uang muka terlebih dahulu;
- 4) Memelihara rekam medis yang baik;
- 5) Memelihara peralatan dengan baik dan agar selalu dalam keadaan siap pakai; dan
- 6) Merujuk pada rumah sakit lain jika tidak tersedianya peralatan atau tenaga spesialis yang dibutuhkan pasien.

b. Kewajiban rumah sakit terhadap masyarakat

Dalam hal kewajiban rumah sakit dalam rangka pelayanan rumah sakit terhadap masyarakat, rumah sakit harus:

- 1) Berlaku jujur dan terbuka;

14) Periksa Dalmy Iskandar, 1998, *op. cit.*, h. 17.

- 2) Peka terhadap saran dan kritik masyarakat dan berusaha menjangkau masyarakat di luar dinding rumah sakit (*extramural*).

c. Kewajiban rumah sakit terhadap pasien

Dalam rangka pelayanan rumah sakit terhadap pasien rumah sakit harus:

- 1) Mengindahkan hak asasi manusia;
- 2) Memberikan penjelasan apa yang diderita pasien dan tindakan apa yang hendak dilakukan;
- 3) Meminta persetujuan pasien (*informed consent*) sebelum melakukan tindakan medis;
- 4) Mengindahkan hak pribadi pasien; dan
- 5) Menjaga rahasia pasien.

d. Kewajiban rumah sakit terhadap tenaga staf

Dalam rangka usaha memaksimalkan pelayanan terhadap pasien tentunya tidak terlepas dari peran tenaga staf rumah sakit, untuk menciptakan peran tenaga staf yang maksimal rumah sakit dalam operasinya harus:

- 1) Mengadakan seleksi tenaga staf dokter;
- 2) Mengadakan koordinasi serta hubungan yang baik antarse-luruh tenaga rumah sakit; dan
- 3) Mengawasi agar segala sesuatu dilakukan berdasarkan standar profesi yang berlaku dan berlaku adil tanpa pilih kasih.

Selain kewajiban-kewajiban sebagaimana dikemukakan di atas, rumah sakit harus selalu:

- a. Berusaha meningkatkan mutu pelayanan;
- b. Mengikuti perkembangan dunia perumahsakitian;
- c. Memelihara hubungan yang baik antara rumah sakit dan menghindari persaingan yang tidak sehat;
- d. Menggalang kerja sama yang baik dengan instansi atau badan lain yang bergerak di bidang kesehatan;

- e. Berusaha membantu untuk mengadakan penelitian demi perkembangan ilmu pengetahuan kedokteran;
- f. Dalam melakukan pemasaran harus bersifat informatif dan berdasarkan kode etik rumah sakit.

Menyangkut tata laksana terhadap pelanggaran kode etik rumah sakit, rumah sakit terlebih dahulu harus ada pengaduan dan jika pengurus Persi atau Badan Etika Rumah Sakit menduga telah terjadi pelanggaran terhadap etika rumah sakit.

Pengaduan terhadap rumah sakit yang telah diduga melakukan pelanggaran terhadap kode etik rumah sakit sebagaimana disebutkan di atas dapat dilakukan oleh semua pihak yang menemukan terjadinya kasus pelanggaran terhadap etika rumah sakit, pengaduan tersebut dialamatkan terhadap pengurus Persi atau Badan Etika Rumah Sakit.

Pengaduan terhadap pelanggaran kode etik rumah sakit dianggap sah jika dilakukan secara tertulis, selain itu nama lengkap dan alamat pengadu harus jelas.

Rumah sakit telah terbukti melakukan pelanggaran terhadap kode etik rumah sakit, maka akan diberikan sanksi, sanksi yang diberikan sangat bergantung pada berat ringannya pelanggaran yang dilakukan. Adapun sanksi di sini bersifat sanksi yang organisatoris dan berupa ukuran sebagai bahan rekomendasi untuk pertimbangan bagi pengurus Persi atau pimpinan/direktur rumah sakit. Sanksi tersebut berbentuk peringatan lisan atau tertulis.

3. Hak dan Kewajiban Rumah Sakit

a. Hak rumah sakit

Secara umum menyangkut hak-hak rumah sakit dalam melaksanakan pelayanan medis dapat diklasifikasikan sebagai berikut:¹⁵

15) Periksa Dalmy Iskandar, 1998, *ibid.*, h. 15.

- 1) Membuat peraturan rumah sakit (*hospital by laws*) yang dimaksudkan dengan hak membuat peraturan rumah sakit adalah menyangkut peraturan-peraturan khusus yang diberlakukan dalam rumah sakit tersebut, seperti jam besuk, menggunakan sarana dan prasarana rumah sakit, dan sebagainya.
- 2) Mensyaratkan pasien harus menaati segala peraturan rumah sakit.
- 3) Mensyaratkan bahwa pasien harus menaati segala instruksi yang diberikan dokter kepadanya.
- 4) Memilih serta menyeleksi tenaga dokter yang akan dipekerjakan pada rumah sakit tersebut, hal ini berhubungan dengan persoalan tanggung jawab rumah sakit terhadap personalia sehubungan dengan doktrin Hubungan Majikan Karyawan.
- 5) Menuntut pihak-pihak yang melakukan wanprestasi, baik yang dilakukan oleh pasien (seperti tidak melakukan pembayaran) maupun oleh pihak ketiga.

b. Kewajiban rumah sakit

Seperti diatur dalam Surat Edaran Dirjen Yanmed. Nomor 02.04.3.5.2504 Tanggal 10 Juni 1997 bahwa:¹⁶

- 1) Rumah sakit wajib mematuhi peraturan perundang-undangan dan peraturan lain yang dikeluarkan oleh pemerintah.
- 2) Rumah sakit wajib memberikan pelayanan kepada pasien tanpa membedakan suku, ras, agama, seks, dan status pasien.
- 3) Rumah sakit wajib merawat pasien sebaik-baiknya dengan tidak membedakan kelas perawatan.
- 4) Rumah sakit wajib menjaga mutu perawatan dengan tidak membedakan kelas perawatan.

16) Periksa Surat Edaran Dirjen Yanmed, Dalam Kumpulan Makalah Pertemuan Koordinasi Organisasi Profesi IDI Wilayah Jateng pada Seminar di Ungaran, tanggal 12—13 Agustus 2000, h. 9.

- 5) Rumah sakit wajib memberikan pertolongan, pengobatan di unit gawat darurat tanpa meminta jaminan materi terlebih dahulu.
- 6) Rumah sakit wajib menyediakan sarana dan peralatan umum yang dibutuhkan.
- 7) Rumah sakit wajib menyediakan sarana dan peralatan medis sesuai dengan standar yang berlaku.
- 8) Rumah sakit wajib menjaga agar semua sarana dan peralatan senantiasa dalam keadaan siap pakai.
- 9) Rumah sakit wajib merujuk pasien kepada rumah sakit lain apabila tidak memiliki sarana, prasarana, peralatan dan tenaga yang diperlukan.
- 10) Rumah sakit wajib mengusahakan adanya sistem, sarana dan prasarana pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana.
- 11) Rumah sakit wajib melindungi dokter dan memberikan bantuan administrasi dan hukum jika dalam melaksanakan tugas dokter tersebut mendapat perlakuan tidak wajar atau tuntutan hukum dari pasien atau keluarganya.
- 12) Rumah sakit wajib mengadakan perjanjian tertulis dengan para dokter yang bekerja di rumah sakit tersebut.
- 13) Rumah sakit wajib membuat standar prosedur tetap baik untuk pelayanan medis, penunjang medis, nonmedis.

4. Rekam Medis sebagai Bukti Tindakan Medis yang Dilakukan oleh Dokter di Rumah Sakit

a. Sejarah perkembangan, kepemilikan, dan lama penyimpanan rekam medis

Dari sebuah pertemuan para arkeolog di dinding gua batu di Spanyol didapat peninggalan purba berupa lukisan mengenai tata cara praktik pengobatan, antara lain, tentang amputasi jari tangan, yang diduga telah berumur 25.000 tahun (pada zaman *paleolithicum*). Para ahli menganggap lukisan tersebut sebagai salah satu bukti bahwa rekam medis telah di-

laksanakan sejak lama. Bukti bahwa kegiatan rekam medis mempunyai sejarah yang panjang terlihat dari adanya berbagai jenis peninggalan berupa pahatan lukisan pada dinding-dinding piramid, tulang-belulang, pohon, daun kering/*papyrus* dari zaman Mesir Kuno (\pm 3.000—2.000 tahun SM) yang menunjukkan bahwa dengan meningkatnya peradaban manusia, meningkat pula teknik-teknik rekaman informasi di bidang kesehatan dan pengobatan.

Aesculapius, Hippocrates, Galen, dan lain-lain telah membuat catatan mengenai penyakit pada kasus-kasus yang ditemuinya. Cina yang terkenal dengan pengetahuan leluhurnya dari ribuan tahun yang lalu tentang pemanfaatan tumbuh-tumbuhan dan binatang untuk kesehatan, juga mempunyai catatan yang baik yang ditulis di daun lontar atau kertas kulit kayu. **Aviscenna (Ibnu Sina)** yang hidup pada tahun 980—1037 Masehi, banyak menulis buku kedokteran yang berkaitan dengan pengalamannya mengobati pasien.

Di Indonesia juga dijumpai hal yang sama dengan adanya resep-resep jamu warisan nenek moyang yang diturunkan dari generasi ke generasi memiliki catatan pada daun lontar dan sarana lain yang dapat digunakan sesuai dengan zamannya.

Di London, atas anjuran **William Harvey,** Rumah Sakit St. Batholomous pada Abad Pertengahan telah melaksanakan rekam medis pada penderita yang dirawat. Usaha ini mendapat perhatian dan dukungan pemerintah.

Pada tahun 1913 dokter **Franklin H. Martin** (ahli bedah) selain menggunakan rekam medis dalam pelayanan kedokteran kepada pasien, juga menggunakan rekam medis sebagai alat untuk pendidikan calon-calon ahli bedah.

Kini, kemajuan perekaman kegiatan pendidikan kedokteran ini tidak saja tertulis di atas kertas, tetapi juga telah masuk ke era elektronik, seperti komputer, *microfilm*, pita suara, dan lain-lain. Dengan demikian, dapat dipahami bahwa kegiatan pelayanan rekam medis yang telah dilakukan

sejak zaman dahulu sangat berperan dalam perkembangan dunia pengobatan.

Dalam pendidikan kedokteran waktu dulu pengetahuan rekam medis tidak diajarkan secara khusus, cukuplah dipadankan pada pengetahuan dan keterampilan yang didapatkan waktu bekerja di bangsal. Namun, kini mulai dipahami bahwa peranan rekam medis tidaklah terbatas pada asumsi yang dikemukakan di atas, tetapi jauh lebih luas dari sekadar catatan atau jembatan untuk mengingat kembali. Maka dari itu, dalam pendidikan dokter dan program pendidikan dokter spesialis sekarang, rekam medis telah masuk dalam kurikulum pendidikan di bawah mata kuliah etika kedokteran dan hukum kesehatan.

Guna menunjang terselenggaranya rencana induk (*masterplan*) yang baik, maka setiap rumah sakit diwajibkan:¹⁷

- 1) Mempunyai dan merawat statistik yang mutakhir.
- 2) Membina rekam medis yang berdasarkan ketentuan-ketentuan yang telah ditetapkan.

Selanjutnya, Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 134/Menkes/SK/IV/1978 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit menyebutkan subbagian pencatatan medis mempunyai tugas mengatur pelaksanaan kegiatan pencatatan medis. Dari keputusan-keputusan Menteri Kesehatan di atas, terlihat adanya usaha serius untuk mulai membenahi masalah rekam medis dalam usaha memperbaiki *recording*, *reporting*, *hospital statistics*, dan lain-lain, yang kini kita kenal sebagai informasi kesehatan.

Untuk mendukung peningkatan mutu dan peran rekam medis dalam pelayanan kesehatan, Ikatan Dokter Indonesia juga menerbitkan Fatwa Ikatan Dokter Indonesia tentang Rekam Medis, dalam Surat Keterangan Nomor 315/PB/A.4/88, yang menekankan bahwa praktik profesi kedokteran

17) Periksa Jusuf Hanafiah dan Amri Amir, *Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan*, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Medan, 1987, h. 58.

an harus melaksanakan rekam medis. Fatwa ini tidak saja untuk dokter yang bekerja di rumah sakit, tetapi juga untuk dokter praktik pribadi.

Rentetan peraturan yang diterbitkan pemerintah mengenai rekam medis dipertegasakan secara rinci oleh Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 749a/Menkes/Per/XII/1989 tentang Rekam Medis (*Medical Record*) sehingga dengan demikian rekam medis mempunyai landasan hukum yang kuat. Guna melengkapi ketentuan dalam Pasal 22 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 749a Tahun 1989 tentang Rekam Medis menyebutkan:

"Hal-hal teknis yang belum diatur dan petunjuk pelaksanaan peraturan ini akan ditetapkan oleh direktur jenderal sesuai bidang tugas masing-masing."

Sehubungan dengan hal itu, Direktorat Jenderal Pelayanan Medis pada tahun 1991 telah pula menerbitkan Petunjuk Pelaksanaan Penyelenggaraan Rekam Medis di rumah sakit (Surat Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Medis Nomor 78 Tahun 1991).

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 749a/Menkes/XII/1989 tentang Rekam Medis disebutkan pengertian rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan atau dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan-tindakan dan pelayanan lain kepada pasien pada sarana pelayanan kesehatan.

Secara sederhana dapat dikatakan rekam medis adalah¹⁸ kumpulan tentang keterangan mengenai identitas, hasil *anamnesis*, pemeriksaan, dan catatan segala kegiatan pelayanan kesehatan atas pasien dari waktu ke waktu. Catatan ini, baik berupa tulisan maupun gambar dan belakangan ini dapat pula berupa rekaman elektronik, seperti komputer, *microfilm*, dan rekaman suara.

Rekam medis oleh **Walter and Murphy**¹⁹ didefinisikan sebagai kompendium atau ikhtisar yang berisikan informasi tentang keadaan pasien se-

18) Periksa Jusuf Hanafiah dan Amri Amir, 1987, *op. cit.*, h. 59.

19) Periksa Sofwan Dahlan, 2000, *op. cit.*, h. 73.

lama dalam perawatan penyakitnya atau selama dalam pemeliharaan kesehatannya.

Ikhtisar tersebut berupa informasi yang disusun dalam bentuk rangkaian yang runtun serta logis (*logical sequence*), meliputi:

- 1) Riwayat penyakit sekarang maupun yang lalu;
- 2) Faktor sosial yang dapat mempengaruhi timbulnya penyakit (jenis pekerjaan, perkawinan atau konflik);
- 3) Temuan pada pemeriksaan fisik;
- 4) Hasil pemeriksaan laboratorik;
- 5) Temuan atau kesimpulan dari dokter konsultan;
- 6) Diagnosis;
- 7) Terapi, respons terapi, dan sebagainya.

Ikatan Dokter Indonesia (IDI) mendefinisikan rekam medis sebagai rekaman dalam bentuk tulisan atau gambaran aktivitas pelayanan yang diberikan oleh pemberi pelayanan medis/kesehatan kepada seorang pasien. Sedangkan menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 749a Tahun 1989, rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan atau dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan-tindakan dan pelayanan lain kepada pasien pada sarana pelayanan kesehatan.

Sudah sejak lama, baik kebiasaan rumah sakit maupun dokter praktisi membuat catatan medis pasien dalam kartu pasien, tetapi belum merupakan kewajiban sehingga sering terjadi pelaksanaannya tidak dianggap serius oleh pihak tenaga kesehatan atau dokter. Bahkan, sampai kini masih ada dokter yang sama sekali tidak mempunyai kartu atau catatan medis pasien.

Dengan semakin tingginya kecerdasan masyarakat serta untuk mengantisipasi timbulnya tuntutan-tuntutan pasien di belakang hari, maka hasil rekam medis semakin penting sebab rekam medis bisa dijadikan bahan bukti bagi semua pihak terkait (terutama sekali bagi pihak rumah sakit, dokter, dan perawat) dan untuk itu rekam medis harus dijaga dan dipelihara dengan baik. Oleh karena pentingnya arti rekam medis ini, maka

Departemen Kesehatan Republik Indonesia telah menerbitkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 749a Tahun 1989 yang mewajibkan adanya rekam medis dan jika hal ini dilanggar, dapat dikenakan hukuman sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Dalam pelayanan kedokteran atau kesehatan, terutama yang dilakukan dokter, baik di rumah sakit maupun praktik pribadi, peranan pencatatan rekam medis sangat penting dan sangat melekat dengan kegiatan pelayanan. Dengan demikian, ada ungkapan bahwa rekam medis adalah orang ketiga pada saat dokter menerima pasien. Sepintas hal tersebut dapat dipahami karena catatan demikian akan berguna untuk merekam keadaan pasien, hasil pemeriksaan, serta tindakan pengobatan yang diberikan pada waktu itu.

Catatan atau rekaman itu menjadi sangat berguna untuk mengingatkan kembali dokter dan keadaan, hasil pemeriksaan, dan pengobatan yang telah diberikan apabila pasien datang kembali untuk berobat ulang setelah beberapa hari, bulan, bahkan setelah beberapa tahun kemudian. Dengan adanya rekam medis, maka ia bisa mengingat atau mengenali keadaan pasien sewaktu ia diperiksa sehingga lebih mudah melanjutkan strategi pengobatan dan perawatannya.

Masalah kepemilikan rekam medis ini timbul karena tidak jarang dokter dan rumah sakit menghadapi pasien atau keluarga pasien atas sesuatu alasan memerlukan rekam medis. Alasan ini umumnya dapat dipahami, yaitu apabila pasien atau keluarga pasien mau pindah ke daerah lain. Untuk memudahkan ia berobat ke dokter lain di tempat yang baru, secara akal sehat tentu riwayat perjalanan penyakit yang dialaminya (atau salah satu anggota keluarganya) beserta segala pemeriksaan dan pengobatan yang telah dilalui dan diterimanya akan sangat membantu dokter yang akan melanjutkan pengobatan dan perawatan. Apalagi jika pengobatan yang diterimanya telah sesuai dengan yang diharapkannya. Hal itu akan meringankan biaya dan dalam pikiran pasien/keluarganya menganggap bahwa rumah sakit tidak akan menggunakan rekam medis tersebut.

Hal ini dapat menimbulkan masalah sebab bagi rumah sakit setiap rekam medis mempunyai banyak nilai dan manfaatnya. Meskipun rekam medis tersebut akan menjadi tidak aktif, tetapi suatu waktu mungkin diperlukan. Standar internasional menyatakan rekam medis adalah milik rumah sakit, sedangkan isinya memang milik pasien. Demikian pula yang diatur dalam Pasal 9 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 749a Tahun 1989 tentang Rekam Medis.

Dalam situasi demikian, banyak kebijaksanaan yang ditempuh. Ada yang mengizinkan pasien meng-copy atau menyalin rekam medis secara lengkap. Namun, ada pula yang membuat ringkasannya saja sesuai dengan kebutuhan pasien. Jika dokter telah membuat resume akhir, maka catatan inilah yang perlu disampaikan oleh dokter untuk dokter yang akan melanjutkan pengobatan atau untuk kepentingan lain oleh pasien. Semua kebijaksanaan tadi haruslah terlebih dahulu atas persetujuan dokter yang merawat pasien dan direktur rumah sakit. Salah sekali jika dokter menyerahkan rekam medis yang asli kepada pasien.

Rekam medis dibuat bertujuan untuk menunjang kepentingan *health care provider*, maka tentunya berkas tersebut milik *health care provider* walaupun pasien juga bisa ikut memanfaatkannya. Kepemilikan tersebut sebetulnya tidak hanya terbatas pada berkasnya saja, tetapi juga isinya sebab rekam medis tanpa isi sama saja dengan kertas kosong yang tidak ada artinya sama sekali.

Dasar pemikiran tersebut sesuai dengan pandangan filosofis yang menyatakan bahwa "*patient pays the treatment, not the record*". Oleh sebab itu, sudah tepat jika Pasal 10 ayat (1) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 749a tentang Rekam Medis menegaskan bahwa berkas rekam medis milik sarana kesehatan. Yang agaknya sulit untuk dimengerti adalah bunyi ayat (2) dari pasal itu yang menyatakan bahwa isi rekam medis milik pasien. Sulit dipahami sebab dilihat dari sudut hukum, rekam medis merupakan dokumen karena berupa kertas yang berisi tulisan yang mengandung arti tentang sesuatu keadaan, kenyataan, atau perbuatan. Sebuah dokumen tentunya tidak dapat dipisahkan dari isinya.

Kesimpulannya adalah bahwa rekam medis milik *health care provider*, sedangkan isinya bukan mengenai kepemilikan, melainkan tentang pasien di mana pasien juga berhak tahu atau diberi tahu sesuai penjelasan Pasal 53 Undang-Undang tentang Kesehatan serta berhak memanfaatkan rekam medis untuk menunjang kepentingan-kepentingannya.

Karena berkas atau dokumen rekam medis milik *health care provider*, maka konsekuensinya adalah:

1) *Health care provider*

Merancang desain rekam medis, menetapkan aturan (*hospital by law*) tentang rekam medis, menguasai berkas rekam medis, menggunakan isi rekam medis untuk kepentingannya, memusnahkan rekam medis yang telah kedaluwarsa, menyerahkan berkas rekam medis yang sudah kedaluwarsa. Kebijakan ini lebih baik daripada memusnahkannya sebab tidak tertutup kemungkinan rekam medis tersebut sangat berguna sebagai acuan di luar masa kedaluwarsa.

2) *Health care provider*

Berkewajiban untuk menyimpan berkas dengan baik sebab di dalamnya terdapat data tentang pasien yang sewaktu-waktu diperlukan; menjaga dari kerusakan atau kehilangan; dan melaporkan berita acara pemusnahan bekas kepada Dirjen Pelayanan Medis.

Mengingat isi dari rekam medis merupakan data tentang pasien, sedangkan pasien sendiri berhak atas informasi, maka konsekuensinya:

1) *Pasien berhak:*

Mengetahui isi rekam medis; menggunakan isi rekam medis untuk berbagai kepentingannya, misalnya, untuk kelengkapan klaim asuransi; dan memberikan persetujuan atau menolak memberikan persetujuan kepada pihak lain yang ingin memanfaatkannya, baik individu maupun lembaga.

2) *Health care provider berkewajiban untuk:*

Memberikan isi rekam medis kepada pasien jika diminta; memberikan isi rekam medis kepada pihak lain jika syarat yuridisnya ter-

penuhi, yaitu izin dari pasien yang bersangkutan; dan memberikan isi rekam medis kepada penegak hukum jika syarat yuridisnya terpenuhi.

Persoalan ini timbul jika ruang tempat penyimpanan rekam medis terbatas. Rekam medis yang baru terus bertambah, sementara ruangan tempat rekam medis tidak mungkin menampung. Jalan keluar yang dapat ditempuh adalah dengan menyingkirkan sebagian dari rekam medis yang pasti diperkirakan tidak akan dipakai lagi. Suatu rencana yang pasti tentang pengelolaan rekam medis yang tidak aktif harus ditetapkan sehingga selalu tersedia tempat penyimpanan rekam medis yang baru. Dengan perkataan lain, pengertian penyingkiran ini akan berhubungan dengan berapa lama rekam medis harus disimpan.

Berpedoman pada Peraturan Menteri Kesehatan tentang Rekam Medis Tahun 1989, pada Pasal 7 dinyatakan:

- (1) *Lama penyimpanan rekam medis sekurang-kurangnya 5 (lima) tahun terhitung tanggal terakhir pasien berobat;*
- (2) *Lama penyimpanan rekam medis yang berkaitan dengan hal-hal yang bersifat khusus dapat ditetapkan sendiri.*

Rekam medis yang tidak aktif dapat disimpan di ruangan lain atau dibuat *microfilm*. Pembuatan *microfilm* atau komputer dan lain-lain tentu merupakan beban bagi rumah sakit.

Sebagai perbandingan, dikemukakan kebijaksanaan beberapa negara lain yang sehubungan dengan retensi rekam medis:

- 1) Berdasarkan studi **Dr. G.D. Mogli** (India) dikatakan bahwa sebaiknya rekam medis pasien berobat jalan disimpan sekitar 3—5 tahun dan pasien rawat inap sekurang-kurangnya 10 tahun.
- 2) *American Medical Record Association* dan *American Hospital Association* menyimpulkan bahwa berkas rekam medis yang dalam perkara ditahan 10 tahun setelah perkara terakhir selesai; dan dalam keadaan biasa, menyimpan berkas rekam medis 5 tahun setelah kunjungan pasien terakhir, sesudahnya berkas rekam medis boleh

dimusnahkan kecuali dihalangi oleh peraturan yang ada sesudahnya.

Di Inggris, Departemen Kesehatan merekomendasikan masa retensi rekam medis minimum:

- 1) Rekam medis obstetri, selama 25 tahun;
- 2) Rekam medis anak-anak dan usia muda, disimpan sampai ulang tahun ke-25 atau 8 tahun sesudah kunjungan terakhir;
- 3) Rekam medis pasien gangguan mental, 20 tahun sesudah dokter yang merawat menyatakan sudah sembuh;
- 4) Rekam medis yang lain, 8 tahun dan resume akhir dibuat.

Sebelum dimusnahkan, berkas tersebut harus:

- 1) Diambil informasi-informasi utama;
- 2) Menyimpan berkas anak-anak hingga batas usia tertentu sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
- 3) Menyimpan berkas rekam medis kelainan jiwa sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

b. Isi dan kerahasiaan rekam medis

Rekam medis berisi data yang dapat dikelompokkan menjadi empat komponen, yaitu:²⁰

1) *Identifikasi*

Identifikasi meliputi: nama lengkap, nama orang tua, tempat dan tanggal lahir, *social security number*, pekerjaan, status perkawinan, dan etnik.

2) *Sosial*

Sosial meliputi ras, status dalam keluarga, pekerjaan, hobi dan kegemaran, informasi keluarga, serta gaya hidup dan sikap.

20) Periksa Sofwan Dahlan, 2000, *ibid.*, h. 74.

3) *Medical*

Medical meliputi data langsung (*direct patient data*), yaitu riwayat penyakit atau operasi yang lalu, catatan perawat (*nurse notes*), *vital signs*, catatan perkembangan (*progress notes*), ECG, foto serta bukti langsung lainnya, dan data dokter atau potensial lainnya, meliputi laporan laboratorium (*laboratory reports*), laporan operasi termasuk anestesi, pasca-anestesi dan patologi, diagnosis dan sinar-X, perintah dokter, foto serta lampiran, dan laporan khusus.

4) *Finansial*

Finansial meliputi perusahaan tempat bekerja, kedudukan, alamat perusahaan, orang yang bertanggung jawab menanggung biaya, jenis cakupan (*type of coverage*), nomor asuransi (*insurance ID number*), dan cara pembayaran.

Di rumah sakit terdapat dua jenis rekam medis, yaitu:²¹

- 1) Rekam medis untuk pasien rawat jalan;
- 2) Rekam medis untuk pasien rawat inap.

Untuk pasien rawat jalan, termasuk pasien gawat darurat, rekam medis mempunyai informasi pasien, antara lain:

- 1) Identitas dan formulir perizinan (lembar hak kuasa);
- 2) Riwayat penyakit (*anamnesa*) tentang keluhan utama, riwayat sekarang, riwayat penyakit yang diderita, riwayat keluarga tentang penyakit yang mungkin diturunkan;
- 3) Laporan pemeriksaan fisik, termasuk pemeriksaan laboratorium, foto *rontgen*, *scanning*, MRI, dan lain-lain;
- 4) Diagnosis dan atau diagnosis banding;
- 5) Instruksi diagnostik dan terapeutik dengan tanda tangan pejabat kesehatan yang berwenang.

21) Periksa J. Guwandi, 1991, *op. cit.*, h. 59.

Untuk rawat inap, memuat informasi yang sama dengan yang terdapat dalam rawat jalan, dengan tambahan: persetujuan tindakan medis, catatan konsultasi, catatan perawat dan tenaga kesehatan lainnya, catatan observasi klinik dan hasil pengobatannya, serta resume akhir dan evaluasi pengobatan.

Dari beberapa kewajiban dokter atas rekam medis pada pasien rawat inap ada satu hal yang perlu diperhatikan khusus, yaitu pembuatan resume akhir atau evaluasi pengobatan. Resume ini dibuat segera setelah pasien dipulangkan. Isi resume harus singkat, menjelaskan informasi penting tentang penyakit pemeriksaan yang dilakukan dan pengobatannya. Isinya, antara lain, menjelaskan:

- 1) Mengapa pasien masuk rumah sakit (*anamnesis*);
- 2) Hasil penting pemeriksaan fisik diagnostik, laboratorium, *rontgen*, dan lain-lain;
- 3) Pengobatan dan tindakan operasi yang dilaksanakan;
- 4) Keadaan pasien waktu keluar (perlu berobat jalan, mampu untuk bekerja, dan lain-lain);
- 5) Anjuran pengobatan dan perawatan (nama obat dan dosisnya, tindakan pengobatan lain, dirujuk ke mana, perjanjian untuk datang lagi, dan lain-lain).

Tujuan pembuatan resume tersebut adalah:

- 1) Untuk menjamin kontinuitas pelayanan medis dengan kualitas yang tinggi serta bahan yang berguna bagi dokter pada waktu menerima pasien untuk dirawat kembali;
- 2) Bahan penilaian staf medis rumah sakit;
- 3) Untuk memenuhi permintaan dari bahan-bahan resmi atau perorangan tentang perawatan seorang pasien, misalnya, dari perusahaan asuransi (setelah persetujuan direktur);
- 4) Sebagai bahan informasi bagi dokter yang bertugas, dokter yang mengirim dan dokter konsultan. Untuk pasien yang meninggal dibuat laporan sebab kematian.

Rekam medis pasien ini wajib diisi pada semua tindakan medis yang diinstruksikan oleh dokter dan juga terhadap semua hasil observasi pada pasien selama dirawat. Mengingat arti pentingnya rekam medis ini, maka rekam medis ini harus dibubuhi tanda tangan petugas yang memberikan pelayanan kesehatan. Selain itu, peraturan Menteri Kesehatan ini juga melarang atau tidak memperbolehkan adanya penghapusan tulisan dengan cara apa pun, baik dengan menggunakan karet penghapus, *tipe-ex*, maupun alat penghapus lainnya.

Pembetulan terhadap kesalahan pengisian dilakukan dengan cara pencoretan, yaitu dengan sebuah garis, baru kemudian diparaf, hal ini sangat penting artinya karena rekam medis dimaksudkan sebagai pembuktian. Perlu diketahui bahwa rekam medis ini harus disimpan oleh petugas khusus yang ditunjuk oleh pimpinan rumah sakit sekurang-kurangnya selama lima tahun terhitung tanggal terakhir pasien berobat.

Selain berguna sebagai alat bukti menurut Kitab Undang-Undang Hukum Acara Pidana (KUHP), rekam medis juga sangat besar artinya untuk:

- 1) Dasar pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien;
- 2) Bahan pembuktian dalam perkara hukum;
- 3) Bahan untuk keperluan penelitian dan pendidikan;
- 4) Dasar penghitungan biaya pelayanan kesehatan; dan
- 5) Bahan untuk menyiapkan statistik kesehatan.²²

Secara umum dapat disadari bahwa informasi yang terdapat dalam rekam medis sifatnya rahasia. Pasien tentu mengharapkan apa yang ditulis dokter yang sifatnya rahasia bagi dirinya tidak dibaca oleh kalangan lain. Hal ini yang menyebabkan jika dokter merasa perlu konsultasi dengan dokter lain, harus atas persetujuan pasien karena dalam hal demikian dokter konsultan akan membaca segala rekaman dan catatan dari dokter pertama.

Kewajiban dokter dan kalangan kesehatan untuk melindungi rahasia ini tertuang dalam Lafal Sumpah Dokter, Kode Etik Kedokteran Indonesia, dan peraturan perundang-undangan yang ada.

22) J. Guwandi, 1991, *op. cit.*, h. 75—76.

Sebagaimana diterangkan pada bagian penjelasan Pasal 53 Undang-Undang tentang Kesehatan bahwa pasien berhak atas rahasia kedokteran. Adapun hal-hal yang harus dirahasiakan itu menurut Peraturan Pemerintah tentang Wajib Simpan Rahasia Kedokteran meliputi segala sesuatu yang diketahui selama melakukan pekerjaan di lapangan kedokteran. Dan segala sesuatu yang diketahui itu ialah segala fakta yang didapat pada pemeriksaan, interpretasi untuk menegakkan diagnosis, dan melakukan pengobatan. Hal ini meliputi *anamnesa*, pemeriksaan jasmani, pemeriksaan dengan alat-alat kedokteran, fakta yang dikumpulkan oleh pembantu-pembantunya, dan sebagainya.

Semua data yang terdapat dalam rekam medis bersifat *confidential*. Dengan sendirinya konsekuensi yang timbul ialah:

1) *Pasien berhak untuk:*

Dijaga kerahasiaan isi rekam medisnya dan melepaskan sifat *confidential*-nya.

2) *Health care provider berkewajiban:*

Menjaga kerahasiaan isi rekam medis dari orang-orang yang tidak berkepentingan dan memberitahukan isi rekam medis kepada pasien atau keluarganya jika ia masih anak-anak atau tidak sehat akalnya, serta memberitahukan isi rekam medis kepada pihak ketiga (baik perseorangan maupun korporasi) yang disetujui pasien.

B. HUBUNGAN HUKUM RUMAH SAKIT DENGAN DOKTER DAN PASIEN

1. Hubungan Hukum antara Rumah Sakit dan Dokter

Dalam lalu lintas perhubungan hukum yang terjadi dalam masyarakat sebagai suatu sistem sosial, rumah sakit merupakan organ yang mempunyai kemandirian untuk melakukan perbuatan hukum (*rechtshandeling*). Rumah sakit bukan manusia, dalam arti "*persoon*" yang dapat berbuat dalam lalu lintas hukum dalam masyarakat sebagai manusia ("*natuurlijk persoon*"), melainkan ia (rumah sakit) diberi kedudukan menurut hukum sebagai

"*persoon*" dan karenanya rumah sakit merupakan "*rechtspersoon*". Hukum yang telah menjadikan rumah sakit sebagai "*rechtspersoon*" dan oleh karena itu rumah sakit juga dibebani dengan hak dan kewajiban hukum atas tindakan yang dilakukannya. Dalam kemandiriannya untuk berbuat hukum sebagai subjek hukum inilah rumah sakit melibatkan orang-orang yang menyandang profesi kedokteran atau tenaga kesehatan yang tidak hanya terdiri atas para dokter dan dokter gigi, tetapi juga semua jenis kesehatan sebagaimana menurut ketentuan Pasal 2 ayat (1) Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan. Tenaga kesehatan tersebut melakukan pekerjaannya di rumah sakit dan menjalankan tugasnya sesuai dengan keahlian (bidang ilmunya) serta diikat oleh etik profesinya masing-masing, bekerja berdasarkan "*arbeids overeenkomst*".

Secara umum persetujuan untuk melakukan pekerjaan ini diatur dalam Pasal 1601 BW²³ berdasarkan syarat-syarat tertentu dengan menerima upah. Syarat-syarat yang dimaksudkan dapat dituangkan dalam deskripsi tugas (*job description*) yang dibuat rumah sakit sebagai badan hukum selaku pihak yang memberi pekerjaan dan tenaga kesehatan yang terlibat sebagai penerima pekerjaan (*werknemer*).

Dalam kenyataannya, dokter yang bekerja di rumah sakit dapat digolongkan pada:²⁴

- Dokter karyawan (*employee*) dan
- Dokter tamu (*independent contractor*).

Dokter karyawan rumah sakit, datang pada saat jam kerja dan melakukan pelayanan medis pada jam dinas untuk dan atas nama rumah sakit dan terikat pada peraturan-peraturan yang terdapat dalam rumah sakit (*hospital by laws*).

Dokter tamu atau *independent contractor* adalah dokter yang bekerja secara mandiri, bukan untuk dan atas nama rumah sakit, dan ia dalam me-

23) Periksa R. Subekti dan R. Tjitrosudibio, 1995, *op. cit.*, h. 391.

24) Periksa Dalmy Iskandar, 1998, *op. cit.*, h. 35.

lakukan pekerjaannya tidak terikat pada peraturan dan jam dinas rumah sakit, ia bertindak secara bebas dan tidak berada di bawah pengawasan pihak rumah sakit. Dengan istilah lain, ia datang ke rumah sakit tersebut apabila ada pasien pribadinya yang dirawat, dan lazimnya pasien tersebut datang ke rumah sakit adalah atas anjuran dokter yang bersangkutan. Lazimnya dokter tamu ini adalah dokter ahli (spesialis), seperti dokter ahli bedah, anestesi, penyakit dalam, anak, kebidanan dan penyakit kandungan, THT, mata, kulit dan kelamin, saraf, dan sebagainya.

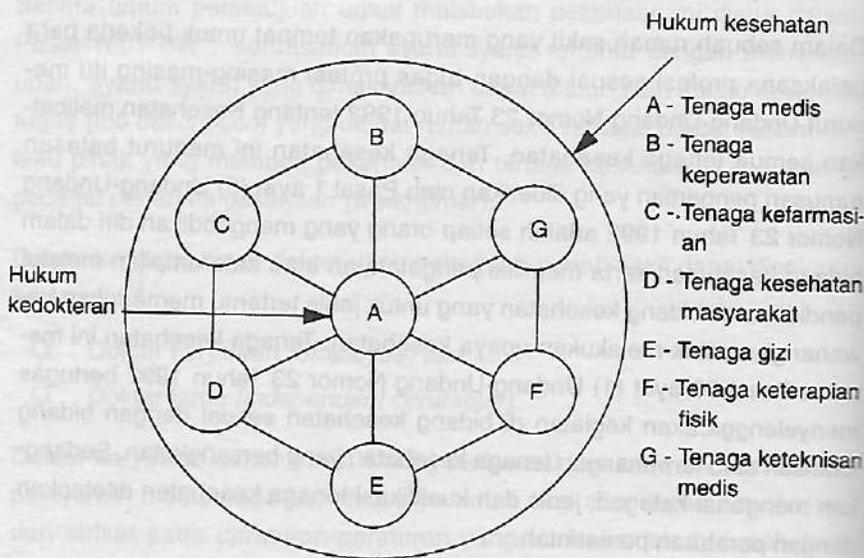
Dalam kaitannya dengan rumah sakit, para tenaga kesehatan yang terdiri atas, di antaranya, dari para dokter, dokter gigi, apoteker, bidan, perawat dan sebagainya yang bekerja di bidang perawatan kesehatan itu berada dalam hubungan pekerjaan dengan rumah sakit sebagai tempat untuk menyelenggarakan tugas profesinya.

Dalam sebuah rumah sakit yang merupakan tempat untuk bekerja para pelaksana profesi sesuai dengan tugas profesi masing-masing itu menurut Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan melibatkan semua tenaga kesehatan. Tenaga kesehatan ini menurut batasan rumusan pengertian yang diberikan oleh Pasal 1 ayat (3) Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. Tenaga kesehatan ini menurut Pasal 50 ayat (1) Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 bertugas menyelenggarakan kegiatan di bidang kesehatan sesuai dengan bidang keahlian atau kewenangan tenaga kesehatan yang bersangkutan. Sedangkan mengenai kategori, jenis dan kualifikasi tenaga kesehatan ditetapkan dengan peraturan pemerintah.

Jenis tenaga kesehatan yang dimaksud menurut Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan diatur dalam Pasal 2 ayat (1), yaitu yang terdiri atas tenaga medis, tenaga keperawatan, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga gizi, tenaga keterampilan fisik, dan tenaga teknis medis. Menurut Pasal 2 ayat (2) Peraturan Pemerintah Nomor 36 Tahun 1996 tersebut tenaga medis meliputi dokter dan dokter gigi.

Rumah sakit sebagai tempat untuk bekerja bagi tenaga kesehatan akan melibatkan semua jenis tenaga kesehatan sebagaimana yang dirinci dalam Pasal 2 ayat (1) Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 sehingga terjalin suatu hubungan kerja²⁵ antara rumah sakit dan tenaga kesehatan. Ini berarti bahwa juga tenaga medis akan berhubungan dengan tenaga kesehatan lainnya dalam melakukan profesinya di rumah sakit. Bagan berikut ini melukiskan jenis tenaga kesehatan yang dicakup dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992.

Bagan 4
Jenis Tenaga Kesehatan yang Dicakup dalam
Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan²⁶



Sumber: **Hermien Hadiati Koeswadji**, 1998, h. 103.

25) Periksa Hermien Hadiati Koeswadji, 1998, *op. cit.*, h. 102.

26) Periksa Hermien Hadiati Koeswadji, 1998, *ibid.*, h. 103.

Masing-masing jenis tenaga kesehatan tersebut dalam melakukan tugasnya wajib memiliki pengetahuan dan keterampilan di bidang kesehatan yang dinyatakan dengan ijazah dari lembaga pendidikan. Tenaga kesehatan tersebut hanya dapat melakukan upaya kesehatan setelah tenaga kesehatan yang bersangkutan memiliki izin dari menteri. Sedangkan bagi tenaga medis dan tenaga kefarmasian, lulusan lembaga pendidikan di luar negeri hanya dapat melakukan upaya kesehatan setelah yang bersangkutan melakukan adaptasi. Mengenai adaptasi ini akan diatur lebih lanjut oleh menteri.

Apabila seorang dokter dalam melakukan pekerjaannya itu telah merugikan hak-hak pasien, pengurus rumah sakit itu dapat memberikan perintah kepada dokter agar hal tersebut jangan terulang kembali di kemudian hari. Tugas profesional seorang dokter yang berada dalam hubungan kerja itu selalu harus dilakukan dalam ruang lingkup tugas organisasi di mana ia bekerja dan ditentukan oleh organisasi itu juga. Dan suatu hubungan kerja itu seorang dokter tidak mempunyai kebebasan secara mutlak. Demikian pula halnya, ia tidak mempunyai kebebasan terapi, antara lain, karena perawatan itu harus memenuhi standar medis profesional, sedangkan dokter itu tidak boleh menyimpang dari standar-standar tersebut. Pengurus rumah sakit itu satu dan lain juga berlaku bagi lain-lain pemberi pekerjaan dari para dokter, berdasarkan hubungannya. Sebagai atasan dari para dokter, pengurus dapat menuntut kepada para dokter bahwa mereka harus bekerja sesuai dengan standar medis profesional yang ditentukan. Adapun berdasarkan hubungan kerja yang telah diadakan dengan para dokter, suatu rumah sakit itu berhak menuntut agar para dokter bekerja sesuai dengan nilai-nilai yang dipakai dalam spesialisasi mereka.

Pengurus rumah sakit itu bukan hanya berhak untuk memberhentikan seorang dokter jika ia tidak mematuhi peraturan-peraturan rumah sakit atau organisasi, melainkan juga jika ia ternyata sudah tidak memenuhi kewajibannya. Misalnya, karena tidak memerhatikan standar medis profesi-

onal dalam melakukan pekerjaannya. Demikian juga seperti yang dikatakannya oleh Van Mannen²⁷ bahwa:

"Pertanggungjawaban dari pengurus rumah sakit itu dalam hal ini juga dapat ditekankan pada peraturan-peraturan yang menguji tindakan-tindakan secara medis."

Keanggotaan tersebut dan pelimpahan dari pertanggungjawaban tertentu berkenaan dengan keanggotaan itu hanya dapat dicabut kembali oleh spesialis yang bersangkutan jika ia telah menyatakan untuk memutuskan perikatan dengan rumah sakit. Di dalam menentukan kebebasan profesional secara medis itu, staf medis dari suatu rumah sakit juga mempunyai peranan.

Para spesialis dalam hubungan kerja itu perlu diberikan hak menolak dan menerima seorang pasien untuk dirawat jika ada alasan-alasan yang mendasar. Akan tetapi, ia harus menjamin kelangsungan dari perawatan tersebut. Karena adanya kesamaan yang bersifat prinsip mengenai hubungan antara dokter dan pasien dalam dua keadaan seperti yang dimaksudkan di atas, adanya pendirian seperti itu kiranya dapat dimengerti. Apabila tidak ada lagi hubungan kerja sama dengan pasien, dasar untuk melakukan perawatan bagi dokter itu menjadi batal. Dalam hal ini, hubungan kerja itu mempunyai sedikit pengaruh, yaitu mengingat adanya perikatan antara pasien dan pihak yang memberi pekerjaan kepada dokter, yaitu rumah sakit, maka dokter tersebut kurang mempunyai kebebasan untuk menolak dan menerima pasien-pasien dibandingkan dengan para dokter yang melaksanakan pekerjaan mereka secara bebas. Jika seorang dokter yang berada dalam hubungan kerja itu menolak menerima pasien atau ingin mengakhiri kelangsungan perawatan terhadap pasien, ia harus menjelaskan hal tersebut kepada pihak yang memberikan pekerjaan kepada dirinya karena pasien tersebut sebenarnya telah mengadakan perikatan dengan memberikan pekerjaan yang bersangkutan.

Atas dasar adanya suatu hubungan kerja, kebebasan profesional bagi para dokter itu tidak meniadakan pertanggungjawaban dari pemberi pekerjaan.

27) Periksa van Mannen, seperti yang dikutip H.J.J. Leenen dan P.A.F. Lamintang, 1991, *op. cit.*, h. 76.

an menurut hukum perdata. Juga, walaupun pengurus dari suatu rumah sakit itu tidak berwenang memerintah seorang dokter untuk melakukan perawatan terhadap seorang pasien tertentu, ini tidak berarti bahwa rumah sakit yang bersangkutan dapat melepaskan diri dari kerugian yang ditimbulkan oleh tindakan yang dilakukan oleh dokter tersebut (Pasal 1403 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata/BW). Adanya tanggung jawab seperti itu merupakan alasan bagi rumah sakit untuk menuntut para dokter agar bekerja sesuai dengan standar-standar tertentu, agar mereka itu memerhatikan hak-hak dari para pasien dan kewajiban-kewajiban kemasyarakatan mereka, serta untuk mengadakan penelitian mengenai tindakan-tindakan medis yang dilakukan oleh para dokter.

Kebebasan profesional bagi para dokter itu selanjutnya masih dapat ditinjau menurut keadaan para spesialis yang bekerja di rumah sakit berdasarkan perjanjian izin bekerja. Pekerjaan yang dilakukan oleh para dokter partikelir itu juga dipengaruhi oleh lingkungan di mana ia bekerja dan setidaknya oleh perjanjian izin kerja yang bersangkutan. Para dokter yang mendapatkan izin kerja di rumah sakit itu mempunyai kewajiban-kewajiban jabatan yang sama dengan para dokter yang berada dalam hubungan kerja. Para dokter yang mendapatkan izin kerja itu harus juga bekerja menurut standar medis profesional, harus menyetujui adanya penelitian terhadap tindakan-tindakan yang mereka lakukan, harus memerhatikan hak-hak dari para pasien, harus melaksanakan kewajiban-kewajiban kemasyarakatan mereka, harus mematuhi peraturan-peraturan rumah tangga dan organisasi, serta harus menjadi anggota dari staf medis dan menerima segala akibat hukum yang timbul karena keanggotaan tersebut. Dalam perjanjian izin kerja dengan para spesialis yang diizinkan bekerja di rumah sakit itu, pihak rumah sakit dapat mensyaratkan hal-hal yang sama dengan yang telah disyaratkan bagi para dokter yang diterima bekerja di rumah sakit berdasarkan hubungan kerja, misalnya, jika mereka tidak bekerja secara profesional, jika mereka tidak mematuhi peraturan tata tertib, jika mereka tidak mematuhi kewajiban mereka sebagai anggota staf, jika mereka tidak memelihara catatan-catatan mengenai pasien-pasien yang mereka rawat, dan sebagainya. Oleh karena itu, berkali-kali orang juga telah mengatakan bahwa hubungan kerja dengan

pelaksanaan jabatan tanpa ikatan di rumah sakit itu sebenarnya dekatannya adalah sama.

2. Hubungan Hukum antara Rumah Sakit dan Pasien

WHO merumuskan bahwa rumah sakit adalah suatu usaha yang menyediakan pemondokan yang memberikan jasa pelayanan medis jangka pendek dan jangka panjang yang terdiri atas tindakan observatif, diagnostik, terapeutik, dan rehabilitatif untuk orang-orang yang menderita sakit, terluka, dan untuk mereka yang mau melahirkan. Di samping itu, bisa juga rumah sakit menyediakan atau tidak menyediakan pelayanan atas dasar berobat jalan kepada pasien-pasien yang bisa langsung pulang.²⁸

Dalam kegiatan pelayanan medis yang dilakukan oleh rumah sakit tersebut tentunya terdapat kaidah-kaidah atau aturan-aturan yang mengatur, terutama sekali menyangkut tanggung jawab, baik manajemen rumah sakit maupun tenaga personalia, dokter, tenaga perawat, dan hal lain yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit. Kaidah-kaidah dan aturan-aturan tersebutlah yang dimaksudkan dengan hukum rumah sakit (*hospital by laws*).

Untuk ini, **J. Guwandi**²⁹ merumuskan:

"Ke semua kaidah-kaidah hukum yang mengatur tentang perumahan sakitan dan pemberian pelayanan kesehatan di dalam rumah sakit oleh tenaga kesehatan serta akibat-akibat hukumnya."

Secara yuridis dapat dikemukakan bahwa rumah sakit sebenarnya bukanlah merupakan suatu badan hukum sebab rumah sakit merupakan suatu kegiatan yang dipimpin oleh seorang kepala/direktur, sedangkan yang merupakan badan hukum adalah pemilik rumah sakit yang bersangkutan (pemerintah, yayasan, perkumpulan atau badan lain yang memiliki rumah sakit tersebut).

28) Periksa Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992, h. 31.

29) Periksa J. Guwandi, 1991, *op. cit.*, h. 12.

Namun, rumah sakit mempunyai tanggung jawab atas segala sesuatu yang terjadi di rumah sakit tersebut, untuk itu pemilik rumah sakit mengangkat direktur sebagai orang yang bertanggung jawab untuk pengelolaan rumah sakit.

Dalam hal pelayanan rumah sakit (perawatan dan pengobatan terhadap pasien), rumah sakit harus bertanggung jawab atas segala yang terjadi di dalamnya (*doktrin corporate liability*).

Yang dimaksud dengan pasien adalah orang sakit (yang dirawat dokter); penderita (sakit). Pasien dalam praktik sehari-hari sering dikelompokkan ke dalam berikut ini:³⁰

a. Pasien dalam

Yaitu pasien yang memperoleh pelayanan tinggal atau rawat pada suatu unit pelayanan kesehatan tertentu, atau dapat juga disebut dengan pasien yang dirawat di rumah sakit.

b. Pasien jalan/luar

Yaitu pasien yang hanya memperoleh pelayanan kesehatan tertentu atau disebut dengan pasien jalan.

c. Pasien opname

Yaitu pasien yang memperoleh pelayanan kesehatan dengan cara menginap dan dirawat di rumah sakit atau disebut juga pasien rawat inap.

Hak pasien dalam pelayanan medis adalah:³¹

a. Hak memperoleh pelayanan kesehatan yang manusiawi sesuai dengan standar profesi

Secara umum pasien tidaklah mempunyai hak atas terapi tertentu yang sifatnya khusus, tetapi terapi yang mungkin dilakukan haruslah sejalan dengan perkembangan ilmu dan teknologi kesehatan.

30) Periksa Dalmy Iskandar, 1998, *op. cit.*, h. 57.

31) Periksa Dalmy Iskandar, 1998, *ibid.*, h. 67.

Maksudnya, terapi yang dilakukan oleh tenaga kesehatan adalah terapi yang umum dilakukan dalam keadaan yang sama, dengan kata lain pelayanan kesehatan yang dilakukan terhadap pasien tersebut harus sesuai dengan standar profesi.

Namun, dalam keadaan tertentu, seorang pasien memiliki hak atas cara perawatan dan pengurusan, seperti:

- 1) Hak untuk menolak cara perawatan tertentu;
- 2) Hak memilih tenaga kesehatan yang bermutu baik dan rumah sakit serta atas pembatasan terhadap pengaturan kebebasan perawatan.

b. Hak memperoleh penjelasan tentang diagnosis dan terapi dari dokter yang bertanggung jawab terhadap perawatannya

Pasien dalam memilih pelayanan kesehatan memiliki hak untuk memperoleh penjelasan atau informasi yang menyangkut diagnosis dan terapi dari tenaga kesehatan yang bertanggung jawab atas perawatannya.

Menyangkut penjelasan informasi kepada pasien mencakup unsur-unsur sebagai berikut:³²

- 1) Pendidikan untuk pasien,
- 2) Informasi untuk pasien,
- 3) Instruksi untuk pasien,
- 4) Bimbingan untuk pasien.

Selain itu, pasien juga berhak mendapatkan informasi penyakit yang dideritanya, tindakan medis apa yang hendak dilakukan, kemungkinan penyulit sebagai akibat tindakan itu, alternatif terapi lainnya serta prognosisnya.

32) F.J.A. Beumer en R.M. den Hartog van ter Tholen sebagaimana dikutip oleh Soerjono Soekanto, *Segi-Segi Hukum Hak dan Kewajiban Pasien dalam Kerangka Hukum Kesehatan*, Mandar Maju, Bandung, 1990, h. 20.

c. Menolak keikutsertaan dalam penelitian kedokteran

Seorang pasien tidak dapat dipaksa untuk diperlakukan sebagai objek penelitian kedokteran (objek percobaan) untuk pengembangan ilmu dan teknologi di bidang kesehatan. Pasien dapat dijadikan sebagai objek penelitian setelah terlebih dahulu mendapat persetujuan dari pasien yang bersangkutan. Hal ini sejalan dengan aturan yang terdapat dalam Pasal 3 *The United Nations International Covenant on Civil and Political Rights*, yang berbunyi:

"No one shall be subjected to torture or to cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. In particular, no one shall be subjected without his free consent to medical or scientific experimentation."

d. Kerahasiaan atas catatan medisnya

Selain karena kepercayaan pasien, dokter karena pekerjaan dan jabatannya wajib menyimpan rahasia tentang penyakit pasien. Kerahasiaan tersebut merupakan hak/milik pasien. Bukan merupakan milik dokter.

Seorang pasien berhak untuk menentukan sendiri boleh atau tidaknya dokter memberitahukan tentang isi rahasia penyakitnya kepada pihak lain. Tentang kerahasiaan atas catatan medis ini, **J. Guwandi** menyimpulkan sebagai berikut:³³

- 1) Rahasia kedokteran adalah rahasia pasien, milik pasien.
- 2) Dokter tidak boleh membocorkan rahasia yang dipercayakan itu kepada siapapun juga, termasuk teman sejawatnya.
- 3) Tenaga kesehatan lainnya yang terlibat dalam pemberian pelayanan kesehatan dan tenaga administrasi juga wajib menyimpan rahasia ini.
- 4) Kewajiban menyimpan rahasia ini hanya mempunyai kekecualian: peraturan perundang-undangan; atas izin pasien itu sendiri dan konflik kewajiban atau dengan kepentingan umum.

33) J. Guwandi, 1991, *op. cit.*, h. 40.

- 5) Jika sudah menjadi perkara pengadilan, maka kepada pengacara pasien, dengan surat izin tertulis pasien, boleh diberikan fotokopi dari catatan *record*.
- 6) Penolakan pemberian *fotokopi* catatan *medical record* hanya dibenarkan apabila ada alasan kuat dan mendasar sehingga pengungkapannya dapat menimbulkan bahaya bagi pasien itu sendiri atau kepentingan umum.

e. Hak dirujukkan

Pasien dalam memperoleh pelayanan kesehatan memiliki hak untuk dirujukkan kepada tenaga kesehatan/dokter atau rumah sakit lain, meminta dokter yang merawat agar mengadakan konsultasi dengan dokter lain.

f. Hak memperoleh penjelasan tentang penelitian kliniknya

Dalam penelitian klinik yang telah dilakukan tenaga kesehatan/dokter terhadap pasien, pasien berhak memperoleh penjelasan menyangkut hal tersebut.

g. Hak memperoleh perawatan lanjutan dengan informasi tentang nama/alamat dokter selanjutnya

Setelah selesai perawatan awal, selanjutnya jika pasien menghendaki perawatan lanjutan, pasien berhak sepenuhnya atas perawatan lanjutan oleh tenaga kesehatan yang akan melakukan perawatan, dan untuk ini pasien berhak memperoleh informasi tentang nama serta alamat dokter selanjutnya.

h. Hak berhubungan dengan keluarga, rohaniawan, dan sebagainya

Selama perawatan berlangsung pasien berhak untuk rasa aman dan tidak diganggu oleh kesendirian. Hak ini mencakup wewenang pasien untuk berhubungan dan untuk mendapat kunjungan dari pihak keluarganya, rohaniawan, serta pihak-pihak lain yang berkepentingan memperoleh informasi mengenai dirinya.

Tentang hak berhubungan dan mendapat kunjungan ini berlangsung selama 24 jam, untuk ini **Annas** mengemukakan:³⁴

"One of the most important ways to both humanize the hospital and enhance patient autonomy is to assure the patient that at least one person of his choice has unlimited access to him at any time day or night. This person should also be permitted to stay with the patient during any procedure (e.g. childbirth, induction of anesthesia, etc.) so long as the person does not interfere with the care of other patients."

Termasuk di dalam hal ini menjalankan agama dan kepercayaan di rumah sakit asalkan jangan sampai mengganggu pasien lainnya.

i. Hak menjelaskan tentang perincian rekening (rawatan, obat, pemeriksaan laboratorium, rontgen, ultrasonografi (USG), biaya kamar bedah, imbalan jasa, dan sebagainya

Dalam hal biaya perawatan, seorang pasien berhak sepenuhnya meminta penjelasan kepada pihak tenaga kesehatan/dokter/rumah sakit tentang perincian rekening yang harus dibayarnya, seperti biaya perawatan, obat, pemeriksaan laboratorium, biaya kamar bedah, dan biaya lain-lain.

j. Hak memperoleh penjelasan tentang peraturan-peraturan rumah sakit

Apabila pasien dirawat di rumah sakit, pasien berhak memperoleh penjelasan tentang peraturan-peraturan yang berlaku di rumah sakit tersebut. Hal ini diperlukan agar jangan terjadi kesalahan antara pasien dan pihak rumah sakit.

k. Hak menarik diri dari kontrak terapeutik

Sebagaimana perjanjian pada umumnya, maka dalam hal perjanjian kesehatan seorang pasien berhak untuk menarik diri dan memutuskan perjanjian terapeutik yang telah dilakukan antara pasien dan pihak tenaga kesehatan.

34) George J. Annas, "Patient Rights: An Agenda for the 80s", NR Nursing Law & Ethics, Volume 2, Nomor 4, April 1981, h. 3.

Dalam hal ini termasuk mengakhiri pengobatan dan rawat inap atas tanggung jawab sendiri.

Sedangkan hak dan kewajiban pasien dalam hubungannya dengan rumah sakit adalah:³⁵

□ **Hak pasien**

- a. Pasien berhak memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di rumah sakit.
- b. Pasien berhak atas pelayanan yang manusiawi, adil, dan jujur.
- c. Pasien berhak memperoleh pelayanan medis yang bermutu sesuai dengan standar profesi kedokteran/kedokteran gigi dan tanpa diskriminasi.
- d. Pasien berhak memperoleh asuhan keperawatan sesuai dengan Standar Profesi Keperawatan.
- e. Pasien berhak memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan sesuai dengan peraturan yang berlaku di rumah sakit.
- f. Pasien berhak dirawat oleh dokter yang secara bebas menentukan pendapat klinis dan pendapat etisnya tanpa campur tangan dari pihak luar.
- g. Pasien berhak meminta konsultasi kepada dokter lain yang terdaftar di rumah sakit tersebut (*second opinion*) terhadap penyakit yang dideritanya, sepengetahuan dokter yang merawat.
- h. Pasien berhak atas *privacy* dan kerahasiaan penyakit yang dideritanya termasuk data-data dirinya.

35) Periksa Anna Haroen Atmodiriono. "Penanganan Masalah Etik dan Hukum Kedokteran di Rumah Sakit", Makalah yang disampaikan pada Sarasehan Penanganan Terpadu Masalah Etik dan Hukum Kedokteran di Surabaya 23 September 2000.

- i. Pasien berhak mendapatkan informasi yang meliputi:
 - 1) Penyakit yang diderita,
 - 2) Tindakan medis yang hendak dilakukan,
 - 3) Kemungkinan penyulit sebagai akibat tindakan tersebut dan tindakan untuk mengatasinya,
 - 4) Alternatif terapi lainnya, dan
 - 5) Prognosisnya.
- j. Pasien berhak menyetujui dan memberikan izin atas tindakan yang akan dilakukan oleh dokter sehubungan dengan penyakit yang dideritanya.
- k. Pasien berhak menolak tindakan yang hendak dilakukan terhadap dirinya dan mengakhiri pengobatan serta perawatan atas tanggung jawab sendiri sesudah memperoleh informasi yang jelas tentang penyakitnya.
- l. Pasien berhak didampingi keluarganya dalam keadaan kritis.
- m. Pasien berhak menjalankan ibadah sesuai dengan agama/kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya.
- n. Pasien berhak atas keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di rumah sakit.
- o. Pasien berhak mengajukan usul, saran perbaikan atas perlakuan terhadap dirinya.
- p. Pasien berhak menerima atau menolak bimbingan moril ataupun spiritual.

Kewajiban pasien

- a. Pasien dan keluarganya berkewajiban untuk menaati segala peraturan dan tata tertib rumah sakit.
- b. Pasien berkewajiban untuk mematuhi segala instruksi dokter dan perawatan dalam pengobatannya.

- c. Pasien berkewajiban memberikan informasi dengan jujur dan selengkapnya tentang penyakit yang diderita kepada dokter yang merawat.
- d. Pasien atau penanggungnya berkewajiban untuk melunasi semua imbalan atas balas jasa pelayanan rumah sakit/dokter.
- e. Pasien atau penanggungnya berkewajiban mematuhi hal-hal yang telah disepakati/perjanjian yang telah dibuatnya.

Hubungan hukum yang terjadi antara pasien dan rumah sakit dapat dibedakan pada dua jenis perjanjian, yaitu:³⁶

- a. Perjanjian perawatan, seperti kamar dengan perlengkapannya.
- b. Perjanjian pelayanan medis, berupa tindakan medis yang dilakukan oleh dokter yang dibantu oleh paramedis.

Perbedaan perjanjian tersebut tentunya membawa konsekuensi hukum yang berbeda seandainya terjadi sesuatu hal dalam hubungan hukum tersebut sehingga siapa sajakah yang bertanggung jawab jika terjadi sesuatu di dalam rumah sakit tersebut dan hal-hal apa sajakah yang dapat dipertanggungjawabkan kepada rumah sakit tersebut.

□ Hak rumah sakit

Hak rumah sakit secara umum menyangkut hak-hak rumah sakit dalam melaksanakan pelayanan medis dapat diklasifikasikan sebagai berikut:³⁷

- a. Membuat peraturan rumah sakit (*hospital by laws*)

Yang dimaksud dengan hak membuat peraturan rumah sakit adalah menyangkut peraturan-peraturan khusus yang diberlakukan dalam rumah sakit tersebut, seperti jam besuk/ber-

36) Pengurus Besar IDI, *Panduan Aspek Hukum Praktek Swasta Dokter*, IDI, 1994, h. 18.

37) J. Guwandi, 1991, *op. cit.*, h. 93.

- kunjung, menggunakan sarana dan prasarana rumah sakit, dan sebagainya.
- b. Mensyaratkan pasien harus menaati segala peraturan rumah sakit.
 - c. Mensyaratkan bahwa pasien harus menaati segala instruksi dokter yang diberikan kepadanya.
 - d. Memilih serta menyeleksi tenaga dokter yang akan dipekerjakan pada rumah sakit tersebut, hal ini berhubungan dengan persoalan tanggung jawab rumah sakit terhadap personalia sehubungan dengan doktrin hubungan majikan karyawan.³⁸
 - e. Menuntut pihak-pihak yang melakukan wanprestasi, baik yang dilakukan oleh pasien (seperti tidak melakukan pembayaran) maupun pihak ketiga.

□ **Kewajiban rumah sakit**

Menyangkut kewajiban umum rumah sakit, dalam Bab 1 Kode Etik Rumah Sakit Indonesia dikemukakan bahwa rumah sakit sebagai suatu institusi harus:

- a. Menaati Kode Etik Rumah Sakit Indonesia, dapat mengawasi serta bertanggung jawab terhadap semua kejadian di rumah sakit (*corporate liability*).
- b. Memberikan pelayanan yang baik (*duty of due care*).
- c. Memberikan pertolongan *emergency* tanpa mengharuskan pembayaran uang muka terlebih dahulu.
- d. Memelihara rekam medis dengan baik.
- e. Memelihara peralatan dengan baik dan agar selalu dalam keadaan siap pakai, dan
- f. Merujuk kepada rumah sakit lain jika tidak tersedianya peralatan atau tenaga spesialis yang dibutuhkan pasien.

38) Periksa J. Guwandi, 1991, *ibid.*, h. 39.

Dalam hal kewajiban rumah sakit dalam rangka pelayanan rumah sakit terhadap masyarakat, rumah sakit harus:

- a. Berlaku jujur dan terbuka.
- b. Peka terhadap saran dan kritik masyarakat dan berusaha menjangkau pasien di luar dinding rumah sakit (*extramural*).

Selain kewajiban-kewajiban sebagaimana dikemukakan di atas, rumah sakit harus selalu:

- a. Berusaha meningkatkan mutu pelayanan.
- b. Mengikuti perkembangan dunia perumahsakitkan.
- c. Memelihara hubungan yang baik antarrumah sakit dan menghindari persaingan yang tidak sehat.
- d. Menggalang kerja sama yang baik dengan instansi atau badan lain yang bergerak di bidang kesehatan.
- e. Berusaha membantu untuk mengadakan penelitian demi perkembangan ilmu pengetahuan kedokteran.
- f. Dalam melakukan pemasaran harus bersifat informatif dan berdasarkan kode etik rumah sakit.

BAB IV

TRANSAKSI TERAPEUTIK ANTARA DOKTER DAN PASIEN DI RUMAH SAKIT

A. PENGERTIAN

Hubungan hukum antara dokter dan pasien yang dilaksanakan dengan rasa kepercayaan dari pasien terhadap dokter disebut dengan istilah transaksi terapeutik.¹

Dalam transaksi terapeutik ini, yang menjadi objek adalah upaya penyembuhan. Hal ini sering disalahtafsirkan oleh masyarakat awam bahwa kesembuhan pasien yang menjadi objek transaksi terapeutik. Objek transaksi terapeutik adalah upaya dokter bukan kesembuhan pasien karena jika kesembuhan pasien dijadikan objek, akan lebih menyudutkan dokter.

B. POLA HUBUNGAN TRANSAKSI TERAPEUTIK

Hubungan antara dokter dan pasien telah terjadi sejak dahulu (zaman Yunani Kuno), dokter sebagai seorang yang memberikan pengobatan terhadap orang yang membutuhkannya. Hubungan ini merupakan hubungan yang sangat pribadi karena didasarkan atas kepercayaan dari pasien terhadap dokter. Hubungan yang sangat pribadi itu, oleh Wilson² digambarkan seperti halnya hubungan antara pendeta dan jemaah yang sedang mengutarakan perasaannya. Pengakuan pribadi itu sangat penting bagi

1) Periksa Al Purwohadwardoyo dalam *Etika Medis*. Penerbit Kanisius, Yogyakarta, 1989, h. 13.

2) Periksa Veronika Komalawati, 1999, *op. cit.*, h. 38.

eksplorasi diri, membutuhkan kondisi yang terlindung dalam ruang konsultasi.

Hubungan antara dokter dan pasien ini berawal dari pola hubungan vertikal paternalistik seperti antara bapak dan anak yang bertolak dari prinsip *father knows best* yang melahirkan hubungan yang bersifat paternalistik³.

Dalam hubungan ini, kedudukan dokter dengan pasien tidak sederajat,⁴ yaitu kedudukan dokter lebih tinggi daripada pasien karena dokter dianggap mengetahui tentang segala sesuatu yang berhubungan dengan penyakit dan penyembuhannya. Sedangkan pasien tidak tahu apa-apa tentang hal itu sehingga pasien menyerahkan nasibnya sepenuhnya di tangan dokter.

Hubungan hukum timbul jika pasien menghubungi dokter karena ia merasa ada sesuatu yang dirasakannya membahayakan kesehatannya. Keadaan psikobiologisnya memberikan peringatan bahwa ia merasa sakit dan dalam hal ini, dokterlah yang dianggapnya mampu menolongnya dan memberikan bantuan pertolongan (*hulpverlening*). Jadi, kedudukan dokter dianggap lebih tinggi oleh pasien dan peranannya lebih penting daripada pasien.

Sebaliknya, dokter berdasarkan prinsip *father knows best* dalam hubungan paternalistik ini akan mengupayakan untuk bertindak sebagai "bapak yang baik", yang secara cermat, hati-hati, dan penuh ketegangan dengan bekal pengetahuan dan keterampilannya yang diperolehnya melalui pen-

3) Periksa Hermien Hadiati Koeswadji, 1998, *op. cit.*, h. 36.

4) Periksa Talcott Parsons, 1969, *op. cit.* h. 336. Parsons melukiskan jurang kompetensi ini adalah:

"Dalam kaitannya dengan orang awam, hubungan profesi dengan mereka tidak simetris. Hal ini berbeda dengan hubungan organisasi demokratis di antara sesama kawan. Salah satu aspek yang penting ialah bahwa ketidaksejajaran mereka terletak pada kompetensi yang lebih tinggi pada kaum profesional. Dalam keadaan tertekan dan mencari pertolongan tentang apa yang harus diperbuat, pendapat orang yang ahli, seperti dokter dan ahli hukum, berbeda dengan pendapat kawan sendiri. Pendeknya, perbedaan ini menunjukkan adanya jurang kompetensi antara kaum profesional dan kaum awam."

didikan yang sulit dan panjang serta pengalaman yang bertahun-tahun untuk kesembuhan pasien. Dalam mengupayakan kesembuhan pasien ini, dokter dibekali oleh lafal sumpah yang diucapkannya pada awal ia memasuki jabatan sebagai pengobat yang berlandaskan pada norma etik yang mengikatnya berdasarkan kepercayaan pasien yang datang padanya itu karena dialah yang dapat menyembuhkan penyakitnya.

Pola hubungan vertikal yang melahirkan sifat paternalistik dokter terhadap pasien ini mengandung, baik dampak positif maupun dampak negatif. Dampak positif pola vertikal yang melahirkan konsep hubungan paternalistik ini sangat membantu pasien, dalam hal pasien awam terhadap penyakitnya. Sebaliknya, dapat juga timbul dampak negatif jika tindakan dokter yang berupa langkah-langkah dalam mengupayakan penyembuhan pasien itu merupakan tindakan-tindakan dokter yang membatasi otonomi pasien, yang dalam sejarah perkembangan budaya dan hak-hak dasar manusia telah ada sejak lahirnya. Pola hubungan yang vertikal paternalistik ini bergeser pada pola horizontal kontraktual.

Hubungan ini melahirkan aspek hukum horizontal kontraktual yang bersifat "*inspanningsverbintenis*"⁶, yang merupakan hubungan hukum antara dua subjek hukum (pasien dan dokter) yang berkedudukan sederajat melahirkan hak dan kewajiban bagi para pihak yang bersangkutan. Hubungan hukum ini tidak menjanjikan sesuatu (kesembuhan atau kematian) karena objek dari hubungan hukum itu berupa upaya maksimal yang dilakukan secara hati-hati dan penuh ketegangan oleh dokter berdasarkan ilmu pengetahuan dan pengalamannya (menangani penyakit) untuk menyembuhkan pasien. Sikap hati-hati dan penuh ketegangan dalam mengupayakan kesembuhan pasien itulah yang dalam kepustakaan disebut sebagai *met zorg en inspanning*, oleh karenanya merupakan *inspanningsverbintenis* dan bukan sebagaimana halnya suatu *risikoverbintenis* yang menjanjikan suatu hasil yang pasti.

5) Periksa Hermien Hadiati Koeswadji, 1998, *Hukum Kedokteran (Studi tentang Hubungan Hukum dalam Mana Dokter sebagai Salah Satu Pihak)*. PT Citra Aditya Bakti, Bandung, h. 37.

Menurut pendapat Solis dalam *Legal Medicine*, ada tiga tahapan/fase yang harus dilakukan dalam perkembangan hubungan antara dokter dan pasien, yaitu:⁶

1. Activity—Passivity Relation

There is no interaction between physician and patient because the patient is unable to contribute activity. This is the characteristic pattern in an emergency situation when the patient is unconscious.

2. Guidance—Cooperation Relation

Although the patient is ill, he is conscious and has the feeling and aspiration of his own. Since he is suffering from pain, anxiety and other distressing symptoms, he seeks help and is ready and willing to cooperate. The physician considers himself in a position of trust.

3. Mutual Participation Relation

The patient thinks he is juridically equal to the doctor and that the relationship with the doctor is in the nature of a negotiated agreement between equal parties. The physician usually feels that the patient is uncooperative and difficult, where as the patient regards the physician as unsympathetic and lacking in understanding of his personality unique needs.

Szasz dan Hollender⁷ mengemukakan beberapa jenis hubungan antara pasien dan dokter, yang masing-masing didasarkan atas suatu prototipe hubungan orang tua dan anak, hubungan orang tua dan remaja, hubungan antarorang dewasa.

1. Pola Hubungan Aktif—Pasif

Secara historis, hubungan ini sudah dikenal dan merupakan pola klasik sejak profesi kedokteran mulai mengenal kode etik, yaitu sejak zaman Hippocrates, 25 abad yang lalu. Secara sosial, hubungan ini bukanlah merupakan hubungan yang sempurna karena hu-

6) Periksa Solis. *Legal Medicine*, 1980, h. 33 dalam Veronika Komalawati, 1999, *op cit.*, h. 44.

7) Periksa Benyamin Lumenta, 1987, *ibid.*, h. 73.

hubungan ini berdasar atas kegiatan seorang (dokter) terhadap orang lain (pasien) sedemikian rupa sehingga pasien itu tidak dapat melakukan fungsi dan peran secara aktif. Dalam keadaan tertentu, memang pasien tidak dapat berbuat sesuatu, hanya berlaku sebagai *recipien* atau penerima belaka, seperti pada waktu pasien diberi anestesi atau narkose, atau ketika pasien dalam keadaan tidak sadar/koma, dan pada waktu pasien diberi pertolongan darurat karena mengalami kecelakaan.

Dalam hubungan hukum tersebut, pasien sekadar menjadi penerima pelayanan, tidak dapat memberikan respons dan tidak dapat menjalankan suatu peran. Prototipe hubungan aktif—pasif ini dapat dilihat pada hubungan orang tua dengan anaknya yang masih kecil, yang hanya menerima semua hal yang dilakukan orang tua terhadapnya. Anak tidak dapat memberikan respons atau peran aktif sehingga seluruh hubungan hanya bergantung kepada orang tua.

Semua tindakan kedokteran yang tidak membutuhkan sumbangan peran dari pihak pasien merupakan hubungan aktif—pasif. Contoh kasus tersebut sama sekali tidak dibutuhkan sumbangan peran pasien yang dapat memengaruhi operasi. Sama halnya pada waktu pasien tertimpa kecelakaan, menderita pendarahan berat, dan menjadi tidak sadar sehingga pasien sama sekali tidak mampu berperan dalam hubungan dengan dokter.

Pola dasar hubungan aktif—pasif menempatkan dokter pada pihak yang sepenuhnya berkuasa. Menurut Jones⁸ dan Marmor, hubungan ini memberikan kepada dokter suatu perasaan superior dan menjadikan dokter menguasai seluruh keadaan. Dalam penelitiannya masing-masing, ditemukan bahwa para dokter tidak lagi mengidentifikasi pasien sebagai manusia, tetapi hanya sebagai benda biomedis, yang tidak memiliki kesadaran dan kehendak.

8) Periksa Jones. *Essays in Applied Psycho Analysis*, Jilid 2, Penerbit Hogarth Press, London, 1951.

Banyak ahli sosiologi lain sependapat bahwa pola dasar hubungan ini paling sesuai dengan keinginan dokter karena dalam hubungan ini, dokter dapat sepenuhnya melaksanakan pengetahuan dan kebijaksanaannya tanpa dihalangi oleh peran serta pasien. Alasannya karena pasien dalam keadaan tidak sadar (koma) atau mengalami gangguan mental dan keadaannya mengancam hidupnya. Banyak orang beranggapan bahwa peran dokter dalam hubungan aktif-pasif ini, sepenuhnya terdorong oleh keinginan menolong orang yang menderita. Namun, pada dasarnya hubungan ini merupakan suatu keadaan yang sangat cocok bagi dokter untuk melaksanakan keahlian dan kemampuannya tanpa intervensi pasien. Secara berlebihan, **Jones** menamakan seorang dokter sebagai *the God complex*⁹, sedangkan **Marmor** lebih realistis, menyebut masalah ini merupakan risiko sampingan pekerjaan seorang dokter, *occupational hazard*. Betapa tidak, dengan hanya mengandalkan pengetahuannya sendiri dan tanggung jawab tunggal terhadap pasien, dokter harus menanggung risiko jika tindakannya tidak membawa hasil yang diharapkan.

Dalam hubungan ini, dokter dapat sepenuhnya menerapkan keahliannya berdasarkan pengetahuannya tanpa dihalangi oleh peran pasien sebab pasien dalam keadaan koma atau tidak sadar. Hal ini semata-mata dilakukan karena terdorong oleh keinginan untuk menolong orang yang sedang menderita. Bahkan, oleh **John** (seorang ahli sosiologi) dikatakan bahwa dokter adalah *the God complex*. Namun, dilihat dari segi tanggung jawabnya, dokter dapat dikatakan bertanggung jawab tunggal terhadap segala risiko yang mungkin terjadi sebagai akibat dari tindakannya.

2. Pola Hubungan Membimbing dan Bekerja Sama

Pola dasar ini ditemukan pada sebagian besar hubungan pasien dengan dokter, yakni jika keadaan penyakit pasien tidak terlalu berat

9) Periksa Benyamin Lumenta, 1989, *Penyakit, Citra, Alam, dan Budaya*. Kanisius Yogyakarta, h. 75. *The God complex* diartikan sebagai perilaku mahatahu dengan maksud yang positif.

Walaupun pasien sakit, ia tetap sadar dan memiliki perasaan dan kemauan sendiri. Karena pasien tersebut menderita penyakit dan disertai kecemasan dan berbagai perasaan tidak enak, ia mencari pertolongan pengobatan dan bersedia bekerja sama dengan orang yang mengobatinya. Demikian pula, seorang dokter mempunyai pengetahuan kedokteran yang melebihi pengetahuan pasien. Namun, ia tidak semata-mata menjalankan kekuasaan, namun mengharapkan dapat bekerja sama dengan pasien yang diwujudkan dengan menuruti nasihat dokter, melaksanakan diet, melakukan sesuatu, atau berpantang melakukan sesuatu.

Hubungan tersebut serupa dengan hubungan orang tua dan remaja. Orang tua memberi nasihat dan membimbing, sedangkan anak yang sudah remaja itu akan bekerja sama dan mengikuti nasihat dan bimbingan orang tuanya. Hubungan membimbing dan bekerja sama ini sama pula dengan hubungan pimpinan perusahaan dengan pegawai. Yang satu memberikan bimbingan, yang lain bekerja sama sebagai suatu respons aktif. Yang membedakan kedua pihak dalam hubungan ini ialah adanya kekuasaan yang dimiliki pihak yang satu (pengetahuan kedokteran, kepemimpinan) dan kemampuan atau kemauan yang dimiliki pihak lain untuk menuruti (nasihat, bimbingan). Pihak yang lebih mempunyai kekuasaan akan menjalankan peran sebagai pimpinan, penasihat, pembimbing, sedangkan pihak yang kurang memiliki kekuasaan berperan sebagai pelaksana atas dorongan kehendak dan kemauannya sendiri.

Dalam hubungan membimbing dan bekerja sama, dokter berperan memberikan nasihat dan bimbingan kepada pasien dan peran pasien dalam bentuk kerja sama tersebut adalah melaksanakan apa yang diharapkan oleh dokter. Jadi, di sini dokter tidak menganggap pasien sebagai benda biomedis belaka, tetapi bahwa pasien itu mempunyai potensi yang dapat diajak untuk bekerja sama dalam upaya penyembuhan penyakitnya.

Pola hubungan membimbing dan bekerja sama ini juga ditemukan pada hubungan antara guru dan muridnya. Guru menginginkan

muridnya mencapai kepintaran yang sama dengannya. Karena itu, mengajar baginya merupakan suatu peran membimbing. Dalam hal ini, guru bekerja sama dengan muridnya, yang juga berkeinginan se-pintar gurunya, sama seperti pasien berkeinginan se-sehat dokternya.

Pada dasarnya, pola hubungan membimbing—bekerja sama dan pola hubungan saling berperan serta, dalam hubungan dokter dengan pasien baru memasuki ilmu kedokteran setelah berbagai ilmu sosial dan perilaku ikut memengaruhi ilmu kedokteran, terutama kedokteran masyarakat dan penyuluhan kesehatan, yang semakin mendorong pasien keluar dari peran sebagai objek dan mulai lebih berperan sebagai subjek.

3. Pola Hubungan Saling Berperan Serta

Secara filosofis, pola ini berdasarkan pada pendapat bahwa semua manusia memiliki hak dan martabat yang sama. Hubungan ini lebih berdasarkan pada struktur sosial yang demokratis.

Secara psikologis, pola hubungan berperan serta saling bergantung berlandaskan proses identifikasi atau pengenalan yang amat kompleks. Kedua pihak ini harus terbuka satu sama lain dan memandang pihak lawan sebagai diri sendiri, agar bersama-sama dapat mempertahankan hubungan yang serasi dan seadil. Dalam hubungan ini, kedua belah pihak memiliki kekuasaan yang hampir sama dan saling membutuhkan, setidaknya-tidaknya saling bergantung. Kegiatan bersama itu harus menimbulkan kepuasan bersama. Jika ketiga hal ini terdapat dalam suatu hubungan, berarti hubungan tersebut merupakan hubungan yang berpola saling berperan serta.

Pola hubungan ini dapat terjadi antara dokter dan pasien yang ingin memelihara kesehatannya, yakni pada waktu pemeriksaan medis (*medical check up*), misalnya, atau dengan pasien berpenyakit menahun (kronis), seperti penyakit gula, penyakit jantung koroner, penyakit artritis, dan sebagainya. Dalam hubungan semacam ini, pasien dapat menceritakan pengalamannya sendiri berkaitan dengan penyakitnya dan dapat membantu dokter secara aktif dalam menetapkan situasi sebenarnya, dan memberikan nasihat dan peng-

obatan yang tepat. Di samping itu, hampir seluruh rencana pengobatan terletak di tangan pasien sendiri, misalnya: minum obat atau tidak, menjalankan diet atau tidak, berpantang sesuatu atau tidak, memeriksa kembali pada waktu yang ia tentukan sendiri, mengulangi pembelian resep atau tidak, dan sebagainya. Pasien secara sadar dan aktif berperan dalam pengobatan terhadap dirinya.

Secara psikologis, pola saling berperan serta ini sudah berkembang sangat tinggi karena menyangkut pengaturan suatu mekanisme sosial yang melibatkan dua manusia sebagai orang (*person*) yang bekerja sama dengan menjalankan dua peran yang berbeda. Hubungan ini juga dilakukan oleh pasien yang mempunyai latar belakang pendidikan dan sosial yang cukup tinggi. Hubungan semacam ini tidak dapat diterapkan pada pasien golongan bawah, pasien anak, atau pasien dengan gangguan mental.

Pola hubungan untuk saling berperan serta dan bekerja sama baru memasuki ilmu kedokteran setelah berbagai ilmu sosial dan perilaku ikut memengaruhi ilmu kedokteran, terutama pada ilmu kedokteran masyarakat.

Dari ketiga pola ini, yang terpenting adalah terciptanya rasa puas di antara kedua pihak, baik dari dokter maupun pasiennya. Dokter merasa puas dalam menjalankan perannya menyembuhkan penyakit penderita dan pasien merasa puas atas nasihat dan tindakan dari dokter yang merawatnya.

C. SAAT TERJADINYA TRANSAKSI TERAPEUTIK

Transaksi terapeutik antara pasien dan dokter tidak dimulai dari saat pasien memasuki tempat praktik dokter, sebagaimana yang diduga banyak orang¹⁰, tetapi justru sejak dokter menyatakan kesediaannya yang dinyatakan secara lisan (*oral statement*) atau yang tersirat (*implied statement*) dengan menunjukkan sikap atau tindakan yang menyimpulkan kesediaan; seperti menerima pendaftaran, memberikan nomor urut, menyediakan serta mencatat rekam medisnya, dan sebagainya. Dengan kata lain, trans-

10) Periksa Sofwan Dahlan, 2000, *op. cit.*, h. 32—33.

aksi terapeutik juga memerlukan kesediaan dokter. Hal ini sesuai dengan asas konsensual dan berkontrak.

Tabel 1
Saat Terjadinya Transaksi Terapeutik antara Dokter dan Pasien di Rumah Sakit Pendidikan Tipe B, Rumah Sakit Pemerintah Tipe B dan C, dan Rumah Sakit Swasta Tipe B dan C di Semarang yang Diambil sebagai Sampel

No.	Saat Terjadinya Transaksi Terapeutik antara Dokter dan Pasien	Rumah Sakit Pendidikan		Rumah Sakit Pemerintah		Rumah Sakit Swasta	
		Responden	Persentase	Responden	Persentase	Responden	Persentase
1.	Pada saat pasien membeli karcis untuk mendaftar	3	2%	3	2%	—	—
2.	Pada saat pasien diperilakan masuk ke ruang periksa	12	8%	15	10%	15	10%
3.	Pada saat pasien menyatakan keluhannya, kemudian dokter menyatakan kesanggupannya untuk mengobati pasien	120	80%	117	78%	120	80%
4.	Pada saat pasien diperiksa oleh dokter	15	10%	15	10%	15	10%
Jumlah		150	100%	150	100%	150	100%

Sumber : Hasil wawancara dengan pasien rawat jalan sebagai responden dengan jumlah 450 orang.

Lokasi : Poliklinik Umum

Waktu : 1 Februari 2002—1 Mei 2002

Berdasarkan hasil penelitian dengan responden pasien yang berobat di Poliklinik Umum Rumah Sakit Pendidikan yang diambil sebagai sampel, maka diperoleh data bahwa saat terjadinya transaksi terapeutik antara dokter dan pasien adalah pada saat pasien menyatakan keluhannya dan dokter menyatakan kesanggupannya untuk mengobati pasien, baik secara tegas dinyatakan maupun secara tersirat yang berupa anggukan kepala atau tingkah laku yang menunjukkan persetujuan, yaitu dengan langsung memeriksa pasien atau melakukan *anamnesa* adalah sejumlah 80% di rumah sakit pendidikan, di rumah sakit pemerintah 78%, dan di rumah sakit swasta 80%. Sebagian responden menjawab bahwa hubungan hukum antara dokter dan pasien adalah pada saat pasien diperiksa oleh dokter di rumah sakit pendidikan sejumlah 10%, rumah sakit pemerintah 10%, dan rumah sakit swasta 10%. Sebagian lagi menjawab bahwa pada saat pasien dipersilakan masuk ke ruang periksa untuk rumah sakit pendidikan 8%, rumah sakit pemerintah 10%, dan rumah sakit swasta 10%. Sedangkan masing-masing menunjukkan 2% yang menjawab bahwa hubungan hukum tersebut terjadi pada saat pasien membeli karcis, yaitu di rumah sakit pendidikan dan rumah sakit pemerintah, untuk responden pasien di rumah sakit swasta tidak ada yang menjawab demikian.

Tabel 2

Saat Terjadinya Transaksi Terapeutik antara Dokter dan Pasien di Rumah Sakit Pendidikan Tipe B, Rumah Sakit Pemerintah Tipe B dan C, dan Rumah Sakit Swasta Tipe B dan C di Semarang yang Diambil sebagai Sampel

No.	Saat Terjadinya Transaksi Terapeutik antara Dokter dan Pasien	Rumah Sakit Pendidikan		Rumah Sakit Pemerintah		Rumah Sakit Swasta	
		Responden	Persentase	Responden	Persentase	Responden	Persentase
1.	Pada saat pasien membeli karcis untuk mendaftar	—	—	—	—	—	—

Transaksi Terapeutik antara Dokter dan Pasien di RS

2.	Pada saat pasien dipersilakan masuk ke ruang periksa	15	10%	12	8%	—	—
3.	Pada saat pasien menyatakan keluhanannya, kemudian dokter menyatakan kesanggupannya untuk mengobati pasien	105	70%	123	82%	120	80%
4.	Pada saat pasien diperiksa oleh dokter	30	20%	15	10%	30	20%
Jumlah		150	100%	150	100%	150	100%

Sumber : Hasil wawancara dengan pasien sebagai rawat jalan responden dengan jumlah 450 orang.

Lokasi : Poliklinik Spesialis

Waktu : 1 Februari 2002—1 Mei 2002

Responden pasien yang berobat di poliklinik spesialis yang diambil sebagai sampel diperoleh data saat terjadinya transaksi terapeutik antara dokter dan pasien sebagian besar adalah pada saat pasien menyatakan keluhanannya dan dokter menyatakan kesanggupannya untuk mengobati pasien, diperoleh data sebagai berikut:

Poliklinik spesialis rumah sakit pendidikan 70%, poliklinik spesialis rumah sakit pemerintah 82%, dan poliklinik spesialis rumah sakit swasta 80%. Sebagian lain menjawab pada saat pasien diperiksa oleh dokter 10% rumah sakit pemerintah dan 20% untuk rumah sakit pendidikan dan rumah sakit swasta. Sebagian lagi menjawab pada saat pasien dipersilakan masuk ke ruang periksa, yaitu responden pasien yang berobat di poliklinik spesialis rumah sakit pendidikan 10% dan 8% di rumah sakit pemerintah.

Tabel 3

Saat Terjadinya Transaksi Terapeutik antara Dokter dan Pasien di Rumah Sakit Pendidikan Tipe B, Rumah Sakit Pemerintah Tipe B dan C, dan Rumah Sakit Swasta Tipe B dan C di Semarang yang Diambil sebagai Sampel

No.	Saat Terjadinya Transaksi Terapeutik antara Dokter dan Pasien	Rumah Sakit Pendidikan		Rumah Sakit Pemerintah		Rumah Sakit Swasta	
		Responden	Persentase	Responden	Persentase	Responden	Persentase
1.	Pada saat pasien membeli karcis untuk mendaftar	—	—	—	—	—	—
2.	Pada saat pasien diperilakan masuk ke ruang periksa	3	2%	3	2%	—	—
3.	Pada saat pasien menyatakan keluhannya, kemudian dokter menyatakan kesanggupannya untuk mengobati pasien	105	70%	105	70%	108	72%
4.	Pada saat pasien diperiksa oleh dokter	42	28%	42	28%	42	28%
Jumlah		150	100%	150	100%	150	100%

Sumber : Hasil wawancara dengan pasien rawat jalan sebagai responden dengan jumlah 450 orang.

Lokasi : Unit Gawat Darurat (UGD)

Waktu : 1 Februari 2002—1 Mei 2002

Responden yang berobat di UGD rumah sakit pendidikan, rumah sakit pemerintah, dan rumah sakit swasta, menyatakan bahwa saat terjadinya

Tabel 6
Saat Terjadinya Transaksi Terapeutik antara Dokter dan Pasien
dalam Upaya Pelayanan Medis Responden Dokter Umum

No.	Saat Terjadinya Transaksi Terapeutik antara Dokter dan Pasien	Responden	Persentase
1.	Pada saat pasien membeli karcis untuk mendaftar	—	—
2.	Pada saat pasien dipersilakan masuk ke ruang periksa	—	—
3.	Pada saat pasien menyatakan keluhannya; kemudian dokter menyatakan kesanggupannya untuk mengobati pasien	16	80%
4.	Pada saat pasien diperiksa oleh dokter	4	20%
Jumlah		20	100%

Sumber : Hasil wawancara dengan dokter umum sebagai responden dengan jumlah 20 orang.

Lokasi : Poliklinik Umum Rumah Sakit Swasta Tipe B dan C di Semarang yang diambil sebagai sampel

Waktu : 1 Februari 2002—1 Mei 2002

Responden dokter umum sebagian besar menyatakan bahwa transaksi terapeutik antara dokter dan pasien adalah pada saat pasien menyatakan keluhannya dan dokter menyatakan kesanggupannya untuk mengobati pasien, yaitu dokter umum yang praktik di rumah sakit pendidikan sejumlah 68%, rumah sakit pemerintah 64%, dan rumah sakit swasta 80%. Sebagian lagi menyatakan bahwa hubungan hukum antara dokter dan pasien terjadi pada saat pasien diperiksa oleh dokter, yaitu 24% jawaban responden yang berpraktik di rumah sakit pendidikan, 28% responden di rumah sakit pemerintah, dan 20% jawaban responden yang berpraktik di rumah sakit swasta.

Tabel 7

Saat Terjadinya Transaksi Terapeutik antara Dokter dan Pasien dalam Upaya Pelayanan Medis Responden Dokter Spesialis

No.	Saat Terjadinya Transaksi Terapeutik antara Dokter dan Pasien	Responden	Persentase
1.	Pada saat pasien membeli karcis untuk mendaftar	—	—
2.	Pada saat pasien dipersilakan masuk ke ruang periksa	2	8%
3.	Pada saat pasien menyatakan keluhannya, kemudian dokter menyatakan kesanggupannya untuk mengobati pasien	19	76%
4.	Pada saat pasien diperiksa oleh dokter	4	16%
Jumlah		25	100%

Sumber: Hasil wawancara dengan dokter spesialis sebagai responden dengan jumlah 25 orang.

Lokasi : Poliklinik Spesialis Rumah Sakit Pendidikan Tipe B di Semarang yang diambil sebagai sampel

Waktu : 1 Februari 2002—1 Mei 2002

Tabel 8

Saat Terjadinya Transaksi Terapeutik antara Dokter dengan Pasien dalam Upaya Pelayanan Medis Responden Dokter Spesialis

No.	Saat Terjadinya Transaksi Terapeutik antara Dokter dan Pasien	Responden	Persentase
1.	Pada saat pasien membeli karcis untuk mendaftar	—	—
2.	Pada saat pasien dipersilakan masuk ke ruang periksa	2	8%

Transaksi Terapeutik antara Dokter dan Pasien di RS

3.	Pada saat pasien menyatakan keluhannya, kemudian dokter menyatakan kesanggupannya untuk mengobati pasien	18	72%
4.	Pada saat pasien diperiksa oleh dokter	5	20%
Jumlah		25	100%

Sumber: Hasil wawancara dengan dokter spesialis sebagai responden dengan jumlah 25 orang

Lokasi: Poliklinik Spesialis Rumah Sakit Pemerintah Tipe B dan C di Semarang yang diambil sebagai sampel

Waktu: 1 Februari 2002—1 Mei 2002

Tabel 9**Saat Terjadinya Transaksi Terapeutik antara Dokter dan Pasien dalam Upaya Pelayanan Medis Responden Dokter Spesialis**

No.	Saat Terjadinya Transaksi Terapeutik antara Dokter dan Pasien	Responden	Persentase
1.	Pada saat pasien membeli karcis untuk mendaftar	—	—
2.	Pada saat pasien dipersilakan masuk ke ruang periksa	1	5%
3.	Pada saat pasien menyatakan keluhannya, kemudian dokter menyatakan kesanggupannya untuk mengobati pasien	15	75%
4.	Pada saat pasien diperiksa oleh dokter	4	20%
Jumlah		20	100%

Sumber: Hasil wawancara dengan dokter spesialis sebagai responden dengan jumlah 20 orang

Lokasi: Poliklinik Spesialis Rumah Sakit Swasta Tipe B dan C di Semarang yang diambil sebagai sampel

Waktu: 1 Februari 2002—1 Mei 2002

Responden dokter spesialis menyatakan bahwa transaksi terapeutik antara dokter dan pasien adalah pada saat pasien menyatakan keluhannya dan dokter menyatakan kesanggupan untuk mengobati pasien sejumlah 76% bagi dokter spesialis yang praktik di rumah sakit pendidikan, 72% untuk dokter yang praktik di rumah sakit pemerintah, serta 75% dokter yang praktik di rumah sakit swasta. Sebagian menyatakan bahwa saat terjadinya hubungan hukum antara dokter dan pasien pada saat pasien diperiksa oleh dokter 16% yang praktik di rumah sakit pendidikan, 20% bagi responden yang praktik di rumah sakit pemerintah dan bagi responden yang praktik di rumah sakit swasta. Hanya sebagian kecil saja yang menyatakan bahwa transaksi terapeutik antara dokter dan pasien terjadi pada saat pasien dipersilakan masuk ke ruang pemeriksaan, yaitu sejumlah 8% untuk responden yang praktik di rumah sakit pendidikan dan rumah sakit pemerintah. Sedangkan 5% untuk responden yang praktik di rumah sakit swasta.

Seperti halnya dengan pasien, ternyata hasil penelitian dari responden dokter juga didapatkan data yang sama di mana saat terjadinya transaksi terapeutik antara dokter dan pasien adalah pada saat pasien menyatakan keluhannya dan dokter menanggapi, serta dilanjutkan dengan pemeriksaan dan pemberian terapi.

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa transaksi terapeutik antara pasien dan dokter tidak dimulai dari saat pasien memasuki tempat praktik dokter, sebagaimana yang diduga banyak orang, tetapi justru sejak pasien menyatakan keluhannya dan dokter menyatakan kesanggupannya untuk mengobati pasien yang dinyatakan secara lisan (*oral statement*) atau yang tersirat (*implied statement*) dengan menunjukkan sikap atau tindakan yang menyimpulkan kesanggupan; seperti menerima pendaftaran, memberikan nomor urut, menyediakan serta mencatat rekam medisnya, dan sebagainya. Dengan kata lain, hubungan terapeutik juga memerlukan kesanggupan dokter. Hal ini sesuai dengan asas konsensual dan berkontrak.

D. SYARAT SAHNYA TRANSAKSI TERAPEUTIK

Mengenai syarat sahnya transaksi terapeutik didasarkan pada Pasal 1320 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, yang menyatakan bahwa untuk

syarat sahnya perjanjian, diperlukan empat syarat, yaitu sebagai berikut:¹¹

1. Sepakat Mereka yang Mengikatkan Dirinya (Toestemming van Degene Die Zich Verbinden)

Secara yuridis, yang dimaksud adanya kesepakatan ialah tidak adanya kekhilafan, paksaan, atau penipuan (Pasal 1321 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata). Sepakat ini dilihat dari rumusan aslinya, berbunyi persetujuan (*toestemming*) dari mereka yang mengikatkan dirinya. Berarti di dalam suatu perjanjian, minimal harus ada dua subjek hukum yang dapat menyatakan kehendaknya untuk mengikatkan diri. Sepakat itu terjadi jika pernyataan kehendak kedua subjek hukum itu saling sepakat, dalam arti kehendak dari pihak yang satu mengisi kehendak yang lainnya secara bertimbal balik. Dengan demikian, agar kehendak itu saling bertemu, maka harus dinyatakan.

Adapun cara menyatakan persesuaian kehendak itu, dapat dilakukan dengan berbagai cara, baik secara tegas maupun diam-diam. Karena itu, yang dimaksud dengan sepakat sebenarnya adalah persesuaian pernyataan kehendak. Dengan demikian, didasarkan asas konsensualisme, maka untuk terjadinya perjanjian disyaratkan adanya persesuaian pernyataan kehendak dari kedua belah pihak.

Saat terjadinya perjanjian jika dikaitkan dengan Pasal 1320 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata merupakan saat terjadinya kesepakatan antara dokter dan pasien, yaitu pada saat pasien menyatakan keluhannya dan ditanggapi oleh dokter. Di sini, antara pasien dan dokter saling mengikatkan diri pada suatu perjanjian terapeutik yang objeknya adalah upaya penyembuhan. Apabila kesembuhan adalah tujuan utama, akan mempersulit dokter karena tingkat keparahan, baik penyakit maupun daya tahan tubuh terhadap obat setiap pasien adalah tidak sama. Obat yang sama tidak pasti dapat hasil yang sama pada masing-masing penderita.

11) Periksa Veronika Komalawati, 1999, *op. cit.*, h. 155.

2. **Kecakapan untuk Membuat Perikatan (Bekwaamheid Om Eene Verbintenissen Aan Te Gaan)**

Secara yuridis, yang dimaksud dengan kecakapan untuk membuat perikatan adalah kemampuan seseorang untuk mengikatkan diri karena tidak dilarang oleh undang-undang. Hal ini didasarkan Pasal 1329 dan 1330 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata.

Menurut Pasal 1329 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata bahwa setiap orang adalah cakap untuk membuat perikatan jika oleh undang-undang tidak dinyatakan tidak cakap. Kemudian, di dalam Pasal 1330 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, disebutkan orang-orang yang dinyatakan tidak cakap, yaitu orang yang belum dewasa, mereka yang ditaruh di bawah pengampunan, orang perempuan, dalam hal yang ditetapkan oleh undang-undang dan pada umumnya semua orang kepada siapa undang-undang telah melarang dibuat perjanjian tertentu.

Didasarkan kedua pasal tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa kecakapan bertindak merupakan kewenangan yang umum untuk mengikatkan diri, sedangkan kewenangan bertindak merupakan kewenangan yang khusus. Dengan demikian, berarti bahwa ketidakwenangan hanya menghalangi seseorang untuk melakukan tindakan hukum tertentu dan orang yang dinyatakan tidak wenang adalah orang yang secara umum tidak cakap untuk bertindak. Dengan perkataan lain, orang yang tidak cakap untuk bertindak adalah orang yang tidak mempunyai wewenang hukum karena orang yang wenang hukum adalah orang yang pada umumnya cakap untuk bertindak, tetapi pada peristiwa tertentu tidak dapat melaksanakan tindakan hukum dan tidak wenang menutup perjanjian tertentu secara sah.

Di dalam transaksi terapeutik, pihak penerima pelayanan medis, terdiri atas orang dewasa yang cakap untuk bertindak, orang dewasa yang tidak cakap untuk bertindak, yang memerlukan persetujuan dari pengampunya, dan anak yang berada di bawah umur yang memerlukan persetujuan dari orang tuanya atau walinya.

Di Indonesia ada berbagai peraturan yang menyebutkan suatu batasan usia dewasa, yaitu:¹²

- a. Ordonansi 1925 Stb. 1925 Nomor 647 tentang Pembatasan Kerja Anak, Ordonansi 1926 Stb. 1926 Nomor 87 tentang Kerja Anak-Anak dan Orang Muda di Atas Kapal, serta Peraturan tentang Pengawasan di Tambang Stb. 1930 Nomor 341, menyatakan bahwa umur untuk bekerja adalah 14 tahun.
- b. Ordonansi 31 Januari 1931, Lembaran Negara 1931 Nomor 54 menyatakan bahwa apabila peraturan perundang-undangan memakai istilah belum dewasa, maka sekadar mengenai bangsa Indonesia, dengan istilah itu dimaksudkan segala orang yang belum mencapai umur genap 21 tahun dan tidak lebih dahulu telah kawin jika perkawinannya pecah sebelum umur 21 tahun, tidak kembali, dan keadaan belum dewasa.
- c. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1948 tentang Undang-Undang Kerja Tahun 1948 Tanggal 20 April jo. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 1950 bahwa anak ialah, baik orang laki-laki, maupun perempuan yang berumur 14 tahun ke bawah, sedangkan orang dewasa ialah, baik orang laki-laki maupun perempuan yang berumur 18 tahun ke atas.
- d. Menurut Pasal 330 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata bahwa belum dewasa ialah mereka yang belum mencapai umur genap 21 tahun dan tidak/belum menikah. Berarti, dewasa ialah telah berusia 21 tahun atau telah menikah walaupun belum berusia 21 tahun jika perkawinannya pecah sebelum umur 21 tahun, tidak kembali, dan keadaan belum dewasa.
- e. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 1974 tentang Perkawinan, Pasal 47 ayat (1), menyatakan bahwa anak yang belum mencapai 18 tahun atau belum pernah melangsungkan perkawinan, ada di bawah kekuasaan orang tuanya selama mereka tidak dicabut dari kekuasaannya. Ayat (2), menyatakan bahwa

12) Periksa Veronika Komalawati, 1999, *ibid.*, h. 161.

orang tua mewakili anak tersebut mengenai segala perbuatan hukum di dalam dan di luar pengadilan. Kemudian, Pasal 50 ayat (1), menyatakan bahwa anak yang belum mencapai umur 18 tahun atau belum pernah melangsungkan perkawinan, yang tidak berada di bawah kekuasaan orang tua, berada di bawah kekuasaan wali. Ayat (2), menyatakan bahwa perwalian ini mengenai, baik pribadi anak maupun harta bendanya.

- f. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1979 tentang Kesejahteraan Anak, menyatakan bahwa anak adalah seorang yang belum mencapai umur 21 tahun dan belum pernah kawin, dengan penjelasan bahwa batas usia 21 tahun ditetapkan karena berdasarkan pertimbangan kepentingan usaha kesejahteraan sosial, tahap kematangan sosial, kematangan pribadi, dan kematangan mental seorang anak dicapai pada umur tersebut. Namun, batas umur tersebut tidak mengurangi ketentuan batas umur dalam peraturan perundang-undangan lainnya, dan tidak pula mengurangi kemungkinan anak melakukan perbuatan sejauh ia mempunyai kemampuan untuk itu berdasarkan hukum yang berlaku.
- g. Dalam Kompilasi Hukum Islam Bab XIV yang disebarluaskan berdasarkan Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 1991 Tanggal 10 Juni 1991 tentang Pemeliharaan Anak, dalam Pasal 98 tercantum:
- 1) Batas usia anak yang mampu berdiri sendiri/dewasa adalah 21 tahun, sepanjang anak tersebut tidak bercacat fisik atau mental, atau belum pernah melangsungkan perkawinan (ayat (1)).
 - 2) Orang tua yang mewakili anak tersebut mengenai segala perbuatan hukum di dalam dan di luar pengadilan (ayat (2)).
 - 3) Pengadilan agama dapat menunjuk salah seorang kerabat dekat yang mampu menunaikan kewajiban tersebut apabila kedua orang tuanya tidak mampu (ayat (3)).

Dari berbagai peraturan tersebut di atas, ternyata ada beberapa peraturan yang menyebutkan usia 21 tahun sebagai suatu batasan usia dewasa. Demikian juga, batasan dewasa yang ditentukan dalam Pasal 8 ayat (2) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 585/Menkes/Per/IX/1989, yang ditindaklanjuti dengan SK Dirjen Yanmed 21 April 1999, yang menyatakan bahwa pasien dewasa sebagaimana dimaksud ayat (1) adalah telah berumur 21 tahun atau telah menikah.

Dengan demikian, karena masalah kesehatan, seseorang tidak terlepas dari tanggung jawab keluarga, sedangkan Undang-Undang Nomor 1 Tahun 1974 tentang Perkawinan, sampai saat ini dipandang sebagai dasar hukum keluarga, maka Pasal 47 dan 50 yang mengenai batas umur di bawah kekuasaan orang tua dan perwali-an dapat digunakan sebagai landasan yuridis untuk menentukan batas usia kedewasaan 18 tahun dalam hubungan transaksi terapeutik.

Dari hasil penelitian, diperoleh data bahwa pasien yang belum dewasa yang melakukan perjanjian adalah orang tuanya atau orang yang mengantar berobat. Namun, dari hasil penelitian diperoleh data bahwa kadang terjadi silang pendapat antara pasien dan keluarganya. Yaitu bahwa pasien setuju dilaksanakan tindakan tertentu oleh dokter, tetapi keluarganya menolak dengan alasan belum punya biaya atau khawatir terjadi sesuatu. Hal ini terjadi pada pasien yang berusia lebih dari 14 tahun dan masih di bawah 18 tahun. Akan tetapi, pada pasien anak-anak sepenuhnya menurut kehendak orang tuanya.

3. Suatu Hal Tertentu (Een Bepaald Onderwerp)

Di dalam Pasal 1333 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata disebutkan bahwa suatu perjanjian harus mempunyai sebagai pokok suatu barang yang paling sedikit ditentukan jenisnya, ayat (1). Tidaklah menjadi halangan bahwa jumlah barang tidak tentu, asal saja jumlah itu kemudian dapat ditentukan atau dihitung, ayat (2).

Dari ketentuan tersebut, dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud dengan suatu hal tertentu adalah objek dari perjanjian. Kata barang dari objek perjanjian tersebut di atas merupakan terjemahan kata *zaak*. Akan tetapi, kata *zaak* itu dapat berarti urusan. Dengan demikian, yang dimaksud dengan objeknya harus dapat ditentukan adalah urusan tersebut harus dapat ditentukan atau dijelaskan.

Dihubungkan dengan objek dalam transaksi terapeutik, maka urusan yang dimaksudkan adalah sesuatu yang perlu ditangani, yaitu berupa upaya penyembuhan. Upaya penyembuhan tersebut harus dapat dijelaskan karena dalam pelaksanaannya diperlukan kerja sama yang didasarkan sikap saling percaya antara dokter dan pasien. Oleh karena upaya penyembuhan yang akan dilakukan itu harus dapat ditentukan, maka diperlukan adanya standar pelayanan medis.

Ketentuan mengenai objek perjanjian ini erat kaitannya dengan masalah pelaksanaan upaya medis sesuai dengan standar pelayanan medis yang meliputi standar pelayanan penyakit dan standar pelayanan penunjang dan masalah informasi yang diberikan harus tidak melebihi dari yang dibutuhkan oleh pasien.

Hal tertentu ini yang dapat dihubungkan dengan objek perjanjian/transaksi terapeutik ialah upaya penyembuhan. Oleh karenanya, objeknya adalah upaya penyembuhan, maka hasil yang diperoleh dari pencapaian upaya tersebut tidak dapat atau tidak boleh dijamin oleh dokter. Lagi pula pelaksanaan upaya penyembuhan itu tidak hanya bergantung pada kesungguhan dan keahlian dokter dalam melaksanakan tugas profesionalnya, tetapi banyak faktor lain yang ikut berperan, misalnya, daya tahan pasien terhadap obat tertentu, tingkat keparahan penyakit, dan juga peran pasien dalam melaksanakan perintah dokter demi kepentingan pasien itu sendiri.

4. Suatu Sebab yang Sah (Geoorloofde Oorzaak)

Hal ini oleh undang-undang tidak dijelaskan secara tegas, tetapi dapat ditafsirkan secara *contrario* menurut ketentuan Pasal 1335 dan Pasal 1337 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata.

Di dalam Pasal 1335 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, disebutkan bahwa suatu perjanjian tanpa sebab atau yang telah dibuat karena suatu sebab yang palsu atau terlarang, tidak mempunyai kekuatan.

Dari ketentuan tersebut, dapat disimpulkan bahwa dapat terjadi tiga macam perjanjian, yaitu perjanjian dengan suatu sebab yang sah, perjanjian tanpa sebab, dan perjanjian dengan suatu sebab yang palsu atau terlarang.

Di dalam Pasal 1337 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata disebutkan bahwa suatu sebab adalah terlarang apabila dilarang oleh undang-undang atau apabila berlawanan dengan kesusilaan baik atau ketertiban umum. Dengan demikian, yang dimaksud dengan sebab yang sah adalah sebab yang tidak dilarang oleh undang-undang, kesusilaan, atau ketertiban umum, sedangkan yang dimaksud dengan sebab adalah tujuannya.

Dihubungkan dengan transaksi terapeutik, maka tindakan pengguguran dengan alasan apa pun merupakan perjanjian dengan sebab terlarang, sedangkan pengobatan melalui pembedahan terhadap penderita dengan tujuan penelitian terapeutik merupakan perjanjian dengan sebab yang sah.

Di dalam Pasal 3 ayat (1) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 585/ Menkes/Per/IX/1989. Ditetapkan bahwa suatu tindakan medis tertentu yang mengandung risiko tinggi harus dengan persetujuan tertulis yang ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan. Apabila di dalam persetujuan tersebut dicantumkan klausula bahwa pasien bersedia memikul segala risiko dan tidak akan menuntut apa pun di kemudian hari, perjanjiannya mengandung sebab yang bertentangan dengan kepatutan, kesusilaan, dan undang-undang. Alasannya, yaitu dokter sebagai profesional di bidang pelayanan medis berkewajiban mengupayakan setiap tindakan medis dengan risiko yang sekecil mungkin bagi pasien, dengan berpedoman pada asas itikad baik, asas tidak merugikan, dan asas keseimbangan. Jika suatu tindakan medis mengandung risiko tinggi se-

hingga diharuskan adanya suatu *informed consent* secara tertulis dari pasien, tujuannya bukan untuk membebaskan dokter dari tanggung jawab risiko ataupun dari tuntutan penggantian kerugian dari pasiennya. Akan tetapi, tujuannya adalah untuk mendorong pasien agar berusaha bekerja sama sebaik-baiknya, mengingat tingginya risiko yang harus dihadapi, yang dapat merugikan atau membahayakan diri pasien.

E. ASAS HUKUM DALAM TRANSAKSI TERAPEUTIK

Oleh karena transaksi terapeutik merupakan hubungan hukum antara dokter dan pasien, maka berlaku beberapa asas hukum yang mendasari atau terkandung di dalam berbagai peraturan yang mendasarinya,¹³ sebagai berikut:

1. Asas Legalitas

Di dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992, asas ini tersirat dari ketentuan Pasal 50, yang menyatakan bahwa tenaga kesehatan bertugas menyelenggarakan atau melakukan kegiatan kesehatan sesuai dengan bidang keahlian dan atau kewenangan tenaga kesehatan yang bersangkutan. Hal ini berarti bahwa pelayanan medis hanya dapat terselenggara jika tenaga kesehatan yang bersangkutan telah memenuhi persyaratan dan perizinan yang diatur dalam perundang-undangan. Persyaratan dan perizinan praktik dokter ini diatur dalam perundang-undangan karena di samping menyangkut pemerataan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan, juga menyangkut kebijaksanaan pemerintah di dalam mengantisipasi usaha penanaman modal asing dalam penyelenggaraan praktik pelayanan medis swasta yang cenderung berorientasi bisnis (komersial) semata-mata. Sehubungan dengan itu, didasarkan Pasal 57 ayat (2) undang-undang tersebut, sarana kesehatan, baik yang diselenggarakan oleh pemerintah maupun swasta harus tetap memerhatikan golongan masyarakat yang kurang mampu dan tidak semata-mata

13) Veronika Komalawati, 1999, *ibid.*, h. 126—130.

mencari keuntungan. Asas ini memberikan kepastian dan perlindungan bagi terlaksananya otonomi profesional seorang dokter dalam memberikan pelayanan medis. Untuk itu, undang-undang juga menegaskan bahwa bagi tenaga kesehatan (termasuk dokter) yang melaksanakan tugas sesuai dengan profesinya berhak memperoleh perlindungan hukum (Pasal 53 ayat (1) Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992). Otonomi profesional yang dimaksud adalah suatu bentuk kebebasan bertindak selaku profesional di bidang kedokteran, yaitu untuk mengambil keputusan sesuai dengan rencana upaya yang ditentukan sendiri yang didasarkan keahlian, keterampilan, dan ketelitian yang dimiliki guna memberikan bantuan kepada pasien yang membutuhkannya. Pengertian otonomi ini, mengandung dua unsur. *Pertama*, kemampuan untuk mengambil keputusan tentang suatu rencana bertindak. Berarti dokter tersebut harus mampu memeriksa alternatif yang ada dan membedakannya karena harus dapat menjelaskannya kepada pasien yang bersangkutan. *Kedua*, kemampuan untuk mewujudkan rencana itu menjadi kenyataan karena cara melaksanakan rencana itu sepenuhnya menjadi tanggung jawab dokter selaku profesional.

2. Asas Keseimbangan

Oleh karena hukum di samping memberikan kepastian dan perlindungan terhadap kepentingan manusia, juga memulihkan keseimbangan tatanan masyarakat yang terganggu keadaan semula (*restitutio in integrum*), maka asas ini juga sangat diperlukan dalam pelayanan medis. Di dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992, asas ini telah terkandung dalam Pasal 2 (e), yaitu asas perkehidupan dalam keseimbangan. Menurut asas ini, penyelenggaraan kesehatan harus diselenggarakan secara seimbang antara kepentingan individu dan masyarakat, antara fisik dan mental, serta antara material dan spiritual. Di dalam pelayanan medis, dapat diartikan sebagai keseimbangan antara tujuan dan sarana, antara sarana dan hasil, serta antara manfaat dan risiko yang ditimbulkan dari upaya medis yang dilakukan. Asas ini erat kaitannya dengan masalah keadilan dan telah terkandung pula dalam Pasal 2 (d).

yaitu asas adil dan merata. Dapat dikatakan bahwa merumuskan isi atau norma keadilan, tidak semudah merumuskan hakikat keadilan. Hakikat keadilan, yaitu penilaian terhadap suatu perlakuan atau tindakan seseorang terhadap orang lain dengan menggunakan suatu norma yang menurut pandangan subjektif melebihi norma lainnya. Pada umumnya, keadilan ini merupakan penilaian yang hanya dilihat dari pihak yang menerima perlakuan. Oleh karena itu, dihubungkan dengan pelayanan medis, maka keadilan yang dimaksud bersifat kasuistis karena menyangkut pula alokasi sumber daya dalam pelayanan kesehatan. Keadilan ini mengenai pembagian manfaat dan beban, serta pembagian penggunaan sarana dan jasa menurut standar yang adil. Menentukan standar yang adil inilah yang menjadi permasalahan sepanjang masa. Dalam hal pelayanan medis, kesulitan akan timbul karena keterbatasan sumber daya yang ada.

3. Asas Tepat Waktu

Asas ini sangat diperlukan karena akibat kelalaian memberikan pertolongan tepat pada saat diperlukan, dapat menimbulkan kerugian pada pasien. Sehubungan dengan itu, dalam Pasal 55 Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 ditegaskan bahwa setiap orang berhak atas ganti kerugian akibat kesalahan atau kelalaian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan. Dokter selaku profesional di bidang medis, seharusnya dapat bertindak tepat pada saat dibutuhkan. Berdasarkan asas ini, suatu tindakan yang harus segera dilakukan dalam rangka pelayanan medis, demi kepentingan pasien tidak dapat ditunda-tunda semata-mata demi kepentingan pribadi dokter.

4. Asas Itikad Baik

Di dalam Pasal 1338 ayat (3) Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, disebutkan bahwa perjanjian harus dilaksanakan dengan itikad baik (*goede trouw*), namun pasal ini tidak menjelaskan artinya. Akan tetapi, jika itikad baik dilihat sebagai terjemahan dari kata *bona fides* (*bona* = saleh; *fides* = percaya) dalam hukum Romawi, berbuat sesuai dengan itikad baik berarti berbuat berdasarkan pengertian yang

baik, jujur, dan lurus. Oleh karena itu, menurut Abas¹⁴ bahwa *bona fides* merupakan kerangka yuridis dari kepatutan (*billijkheid*). Akibatnya, timbul kekecauan pengertian karena *bona fides* dalam arti sebenarnya terletak dalam jiwa manusia, sedangkan kepatutan *in abstracto* menurut sifatnya adalah suatu hal yang objektif. Dalam keputusan *Hoge Raad* tanggal 9 Februari 1923, istilah itikad baik ditumbuhkan dengan istilah *redelijkheid* (kelayakan) dan *billijkheid* (kepatutan). Dalam hal ini, *redelijk* diartikan yang dapat dimengerti dengan intelek, akal sehat, dan budi; sedangkan *billijk* diartikan yang dapat dirasakan sebagai sopan, patut, dan adil. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa tidak ada hukum tanpa keadilan dan diterapkannya norma kesusilaan di dalam hukum. Dengan demikian, didasarkan Pasal 1338 ayat (3) Kitab Undang-Undang Hukum Perdata tersebut di atas, maka penataan kewajiban yang timbul dalam suatu perjanjian ditentukan oleh kelayakan dan kepatutan menurut norma objektif yang berlaku di dalam masyarakat, yaitu norma yang berdasarkan penalaran dapat dipertanggungjawabkan.

Semua asas yang berlaku dalam hubungan kontraktual juga berlaku. Asas-asas tersebut, antara lain:¹⁵

a. **Asas konsensual**

Berdasarkan asas ini, maka masing-masing pihak harus menyatakan persetujuannya. Dengan kata lain, dokter atau rumah sakit harus menyatakan persetujuannya, baik secara eksplisit (misalnya secara lisan menyatakan sanggup) maupun secara implisit (misalnya menerima pendaftaran, memberikan nomor urut, atau menjual karcis). Pernyataan kesanggupan itu harus disampaikan sendiri oleh dokter, tetapi dapat juga disampaikan lewat pegawainya.

14) Periksa Purwahid Patrik. *Dasar Hukum Perikatan*, Mandar Maju, Bandung, 1994, h. 17.

15) Periksa Sofwan Dahlan, 2000, *op. cit.*, h. 25—36.

b. Asas itikad baik

Itikad baik (*utmost of good faith*) merupakan asas yang paling utama dalam setiap hubungan kontraktual, termasuk hubungan terapeutik. Tanpa disertai itikad baik, maka hubungan terapeutik juga tidak sah menurut hukum.

c. Asas bebas

Para pihak yang mengikatkan diri dalam hubungan kontraktual bebas menentukan apa saja yang menjadi hak dan kewajiban masing-masing, sepanjang hal itu disepakati semua pihak, termasuk menentukan bentuk perikatannya. Hanya saja yang perlu disadari dalam hubungan terapeutik adalah bahwa upaya medis itu penuh dengan *uncertainty*, dan hasilnya tidak dapat diperhitungkan secara matematik. Oleh karena itu, harus dipikirkan masak-masak sebelum memberikan garansi kepada pasien.

d. Asas tidak melanggar hukum

Meskipun para pihak bebas menentukan isi kesepakatan, tetapi tidak boleh melanggar hukum. Jika misalnya pasien meminta dokter melakukan aborsi tanpa indikasi medis dan dokter pun setuju, hal ini tidak boleh dianggap sebagai hubungan terapeutik. Kesepakatan seperti itu harus dipandang sebagai permufakatan jahat yang justru dapat menyeret dokter serta pasien ke meja hijau. Karena bukan merupakan hubungan kontraktual, dokter pun tidak dapat digugat mengganti kerugian yang terjadi atas dasar wanprestasi seandainya timbul kerugian kepada pasien akibat kelalaian dokter ketika melakukan aborsi.

e. Asas kepatutan dan kebiasaan

Dalam hukum perdata, dinyatakan bahwa para pihak yang telah mengadakan perikatan selain harus tunduk pada apa yang telah disepakati, juga pada apa yang sudah menjadi kebiasaan dan kepatutan. Kebiasaan dan kepatutan yang ber-

laku di dunia kedokteran akan sedikit membedakan hubungan terapeutik dengan hubungan kontraktual lainnya, misalnya, dalam hal pemutusan hubungan secara sepihak oleh pasien, mengingat hubungan tersebut merupakan hubungan kepercayaan sehingga sudah sepatutnya jika pasien dapat memutuskan kapan saja jika kepercayaan kepada dokter hilang.

Di dalam hukum perdata, dinyatakan bahwa para pihak yang telah mengadakan perjanjian selain harus tunduk pada apa yang telah disepakati, juga pada apa yang sudah menjadi kewajiban dan kepatuhan. Kepercayaan dan kepatuhan yang ber-

BAB V

PERAN INFORMED CONSENT DALAM TRANSAKSI TERAPEUTIK

A. PENGERTIAN INFORMED CONSENT

Informed Consent/persetujuan tindakan medis adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarganya atas dasar penjelasan mengenai tindakan medis yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut. Definisi ini diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 585/Menkes/Per/IX/1989 tentang Persetujuan Tindakan Medis

Pada hakikatnya, *informed consent* adalah suatu pemikiran bahwa keputusan pemberian pengobatan terhadap pasien harus terjadi berdasarkan kerja sama antara dokter dan pasien.¹

Untuk dapat dilakukan tindakan medis tertentu, baik berupa diagnostik maupun terapeutik, maka diperlukan *informed consent* yang merupakan konstruksi dari persesuaian kehendak yang harus dinyatakan, baik oleh dokter maupun pasien setelah masing-masing menyatakan kehendaknya sehingga masing-masing telah menyatakan informasi secara bertimbal balik. Oleh karena itu, *informed consent* diartikan sebagai persetujuan setelah informasi.

Sebetulnya, persetujuan lisan yang diberikan oleh orang yang berhak sudah cukup bagi dokter untuk dijadikan dasar bagi intervensi medis. Bahkan, dapat pula diberikan dalam bentuk siratan, yaitu dengan me-

1) Periksa teori "The Idea of Informed Consent" oleh Jay Katz. Dalam J. Guwandi, *Trilogi Rahasia Kedokteran*, Penerbit FKUI Jakarta, 1992, h. 17—30.

nunjukkan sikap-sikap yang memberi kesan setuju. Namun, kedua cara ini dapat merepotkan dokter jika di belakang hari diingkari, kecuali ada saksi yang ikut menyaksikan. Hanya saja, keberadaan saksi nontenaga kesehatan saat dokter memberikan penjelasan sampai pasien menyatakan persetujuannya dapat dipersoalkan dari aspek konfidensialitas medis.

Para dokter diharapkan untuk secara lengkap memberikan informasi kepada pasien dalam bentuk tindakan yang akan atau perlu dilaksanakan dan juga risikonya. Jika dokter terlalu banyak memberikan informasi tentang risiko, terdapat kemungkinan akan memengaruhi mental pasien yang sangat awam dan dalam keadaan sakit atau takut, yang bisa-bisa mengarah pada *mental break down*, sebelum dilaksanakan tindakan medis. Hal ini tentu akan membuat susah berbagai pihak. Dari berbagai penelitian yang dilakukan, ternyata bahwa masalah penyampaian informasi oleh dokter kepada pasien memengaruhi kualitas pelayanan kesehatan dan juga pelaksanaan pengobatan, terutama tampak dari pihak pasien.

Persetujuan dari pasien, dalam hal ini mempunyai arti yang cukup luas sebab dengan sekali pasien membubuhkan tanda tangannya di formulir persetujuan tindakan medis, maka dianggap pasien telah *informed* dan pasien telah menyerahkan nasibnya kepada dokter, dan dokter boleh melaksanakan apa yang menurut dokter baik. Penandatanganan ini mempunyai konsekuensi telah tercapai apa yang dinamakan *sepakat para pihak* yang mengikatkan diri, untuk sebagai syarat tahunya perjanjian untuk dilaksanakan tindakan medis.

Persetujuan ini mempunyai kekuatan mengikat, dalam arti mempunyai kekuatan hukum, berarti dokter telah menjalankan kewajibannya memberikan informasi dan memberikan hak kepada dokter untuk melakukan tindakan medis.

Jika diperhatikan, kegiatan terpenting yang harus dilakukan dalam hubungan interpersonal antara dokter dan pasien adalah menemukan riwayat penyakit pasien. Hal ini dapat dilihat dalam kegiatan sebelum dilakukannya pemeriksaan klinis umum, yaitu: pertama-tama dokter harus melakukan *anamnesa*. Pengertian *anamnesa* menurut *Dorland's Medical Dictionary* adalah *the past history of a patient*. Secara lengkap, berarti riwayat pe-

nyakit yang disusun oleh dokter dari keterangan yang diberikan oleh penderita secara sukarela dan dari keterangan yang diperoleh dengan melakukan wawancara atau komunikasi pada pasien atau keluarganya yang mengetahui benar-benar kesehatan penderita. Oleh sebab itu, seni mengambil *anamnesa* yang baik merupakan suatu tantangan terpenting dalam ilmu kedokteran.²

Dalam penyampaian informasi, harus ada kesamaan bahasa atau setidaknya ada pendekatan dalam pengertian dari orang yang menerima informasi. Jika terdapat kesenjangan yang besar antara bahasa pemberi informasi dan bahasa penerima informasi, usaha pemberian informasi bukan saja tidak mencapai tujuan, bahkan dapat mengarah pada salah pengertian.

Seperti diketahui, bahasa kedokteran tidak dapat dimengerti oleh orang yang awam dalam bidang kedokteran. Pemberian informasi dengan menggunakan bahasa kedokteran, tidak akan membawa hasil apa-apa, malah akan membingungkan pasien.

B. INFORMASI YANG HARUS DISAMPAIKAN KEPADA PASIEN

Informasi yang harus diberikan adalah informasi yang selengkap-lengkap-pnya, yaitu informasi yang *adekuat* tentang perlunya tindakan medis yang bersangkutan dan risiko yang ditimbulkannya.

Informasi yang harus diberikan adalah tentang keuntungan dan kerugian dari tindakan medis yang akan dilaksanakan, baik diagnostik maupun terapeutik. Selanjutnya, tidak dirinci lagi apa isi informasi tersebut, diserahkan kepada dokter yang bersangkutan.

Isi informasi medis yang dikemukakan Leenen,³ yaitu:

1. diagnosa;
2. terapi, dengan kemungkinan alternatif terapi;

2) Periksa Sidharta, P., 1993, *op. cit.*, h. 6.

3) Periksa Wila Chandrawila Supriyadi, 2001, *op. cit.*, h. 63.

nunjukkan sikap-sikap yang memberi kesan setuju. Namun, kedua cara ini dapat merepotkan dokter jika di belakang hari diingkari, kecuali ada saksi yang ikut menyaksikan. Hanya saja, keberadaan saksi nontenaga kesehatan saat dokter memberikan penjelasan sampai pasien menyatakan persetujuannya dapat dipersoalkan dari aspek konfidensialitas medis.

Para dokter diharapkan untuk secara lengkap memberikan informasi kepada pasien dalam bentuk tindakan yang akan atau perlu dilaksanakan dan juga risikonya. Jika dokter terlalu banyak memberikan informasi tentang risiko, terdapat kemungkinan akan memengaruhi mental pasien yang sangat awam dan dalam keadaan sakit atau takut, yang bisa-bisa mengarah pada *mental break down*, sebelum dilaksanakan tindakan medis, hal ini tentu akan membuat susah berbagai pihak. Dari berbagai penelitian yang dilakukan, ternyata bahwa masalah penyampaian informasi oleh dokter kepada pasien memengaruhi kualitas pelayanan kesehatan dan juga pelaksanaan pengobatan, terutama tampak dari pihak pasien.

Persetujuan dari pasien, dalam hal ini mempunyai arti yang cukup luas sebab dengan sekali pasien membubuhkan tanda tangannya di formulir persetujuan tindakan medis, maka dianggap pasien telah *informed* dan pasien telah menyerahkan nasibnya kepada dokter, dan dokter boleh melaksanakan apa yang menurut dokter baik. Penandatanganan ini mempunyai konsekuensi telah tercapai apa yang dinamakan sepakat para pihak yang mengikatkan diri, untuk sebagai syarat tahunya perjanjian untuk dilaksanakan tindakan medis.

Persetujuan ini mempunyai kekuatan mengikat, dalam arti mempunyai kekuatan hukum, berarti dokter telah menjalankan kewajibannya memberikan informasi dan memberikan hak kepada dokter untuk melakukan tindakan medis.

Jika diperhatikan, kegiatan terpenting yang harus dilakukan dalam hubungan interpersonal antara dokter dan pasien adalah menemukan riwayat penyakit pasien. Hal ini dapat dilihat dalam kegiatan sebelum dilakukannya pemeriksaan klinis umum, yaitu: pertama-tama dokter harus melakukan *anamnesa*. Pengertian *anamnesa* menurut *Dorland's Medical Dictionary* adalah *the past history of a patient*. Secara lengkap, berarti riwayat pe-

3. tentang cara kerja dan pengalaman dokter;
4. risiko;
5. kemungkinan perasaan sakit ataupun perasaan lainnya (misalnya, gatal-gatal);
6. keuntungan terapi; dan
7. prognosis.

Di samping itu, pada dasarnya keberhasilan pengobatan biasanya bergantung pada kepatuhan pasien terhadap instruksi yang diberikan oleh dokter. Menurut hasil penelitian **Davis** dan **Francis**⁴ jika dokter memberikan informasi lebih sedikit daripada informasi yang diberikan pasien, pasien cenderung untuk tidak mematuhi instruksi dokter. Keputusan para ibu untuk mematuhi instruksi dokter untuk anaknya bergantung pada kepuasan ibu tersebut terhadap informasi yang diperoleh dari dokter tentang penyakit anaknya. Ketidakpuasan orang tua akan timbul jika penyebab dan keadaan penyakit anaknya tidak diketahui.

Sehubungan dengan adanya kewajiban dokter untuk memberikan informasi kepada pasien, maka ada berbagai argumen tentang pemberitahuan atau penyampaian kebenaran dalam dunia kedokteran yang didasarkan pada pandangan paternalisme, individualisme, dan pandangan yang berada di antara pandangan paternalisme dan individualisme yang disebut pandangan moderat⁵, sebagai berikut:

1. Argumentasi yang didasarkan pandangan paternalisme. *Pertama*, karena pasien tidak mempunyai pendidikan medis sehingga tidak mengerti apa yang dikatakan dokter kepadanya, maka pasien cukup hanya mengetahui bahwa kenyataannya dokter sedang melakukan upaya maksimal untuknya. *Kedua*, lebih baik tidak diberitahukan keadaan yang sebenarnya, terlebih jika hal tersebut merupakan kabar buruk agar tidak mengganggu/memengaruhi semangat dan kemampuan pasien untuk sembuh/kemauannya untuk hidup. Pengetahuan

4) Periksa Waitzkin H.B dan Waterman B. 1993. *op. cit.*, h. 124.

5) Periksa Thiroux. *Ethics. Theory & Practice*. Glencoe Publishing Co. Inc., California, 1980, h. 267—268.

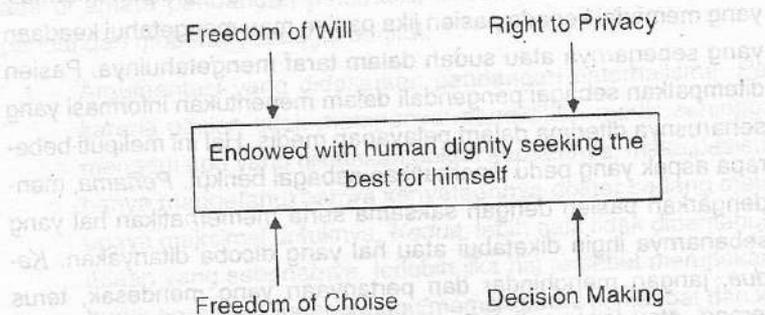
yang penuh tentang keadaan yang sebenarnya dapat mematahkan semangat pasien sehingga tidak mau berjuang untuk kelangsungan hidupnya. *Ketiga*, tidak ada gunanya memberikan kabar buruk kepadanya karena jika prognosis menunjukkan bahwa pasien itu akan meninggal, bukankah pada akhirnya pasien itu akan meninggal. Oleh karena itu, sebaiknya pasien dibiarkan menjalankan dan menikmati sisa hidupnya sebahagia mungkin. *Keempat*, lebih baik jika keluarga pasien diberi tahu, tetapi jangan memberi tahu pasien karena pasien harus dilindungi terhadap kabar buruk.

2. Argumentasi yang didasarkan pandangan individualisme. *Pertama*, karena yang dipermasalahkan adalah kesehatan tubuh dan jiwa pasien, maka hanya pasien yang berhak untuk mengetahui dan diberi tahu seluruh informasi mengenai dirinya. *Kedua*, lebih mudah bagi dokter untuk mengobati pasien yang sadar tentang keadaan dirinya dan terlebih jika dokter sendiri dan atau keluarganya tidak harus berpura-pura seolah-olah penyakit/cidera yang diderita pasien itu tidak serius, atau bahwa pasien tidak akan meninggal. *Ketiga*, pasien sering kali marah kepada dokter karena tidak diberi tahu terlebih dahulu tentang efek samping atau hal-hal yang menyakitkan dan gangguan perasaan akibat suatu pengobatan.
3. Menurut pandangan moderat, diperlukan pengungkapan informasi yang memadai kepada pasien jika pasien mau mengetahui keadaan yang sebenarnya atau sudah dalam taraf mengetahuinya. Pasien ditempatkan sebagai pengendali dalam menentukan informasi yang seharusnya diterima dalam pelayanan medis. Hal ini meliputi beberapa aspek yang perlu diperhatikan sebagai berikut. *Pertama*, mendengarkan pasien dengan saksama serta memerhatikan hal yang sebenarnya ingin diketahui atau hal yang dicoba ditanyakan. *Kedua*, jangan menghindar dari pertanyaan yang mendesak, terusterang, atau langsung, tetapi jawablah dengan jujur, namun tidak kasar. *Ketiga*, jangan paksakan informasi untuk diterima apabila pasien belum siap untuk mendengar, hanya karena dokter sudah siap untuk membiarakannya atau terlalu sibuk untuk menunggu sampai pasien siap. *Keempat*, jangan menghindari kebenaran de-

ngan menggunakan bahasa teknis atau medis, ataupun omong kosong, tetapi sebaliknya harus berusaha menjelaskan segala sesuatu yang ingin diketahui oleh pasien dalam istilah awam atau bahasa sehari-hari. *Kelima*, menyadari bahwa penjelasan atau jawaban mungkin harus diberikan secara bertahap atau lebih dari satu kali. Manusia biasanya ingin melindungi diri terhadap kejutan yang disebabkan oleh kabar buruk dengan cara tidak mendengarkan dengan benar mengenai sesuatu yang dikatakan kepadanya. *Keenam*, kebenaran selalu diberitahukan dengan jelas, hati-hati, dan manusiawi; jangan sekali-kali kasar, dingin, tanpa memberi harapan, atau tanpa kasihan. *Ketujuh*, jangan sekali-kali meninggalkan pasien serta keluarganya tanpa memberi harapan sedikit pun walaupun hanya dengan jaminan bahwa dokter akan berusaha sekuat tenaga untuk menyembuhkan pasien serta memberikan kenyamanan, dan bebas dari kenyerian. Dari uraian seperti di atas, dapat terlihat bahwa pandangan modern yang lebih menunjukkan kebenaran dalam penyampaian atau pemberitahuan informasi kepada pasien, sekalipun dalam pelaksanaannya sulit dilakukan.

Bagan 5

Model Penderita sebagai Individu yang Mempunyai Otonomi



Sumber: *Hermien Hadiati Koeswadji*, h. 74.⁶

6) Periksa Hermien Hadiati Koeswadji, Makalah Hak-Hak dan Kewajiban Penderita, h. 11.

Pasien sebagai individu yang mempunyai otonomi harus memberikan persetujuan terlebih dahulu terhadap pemeriksaan medis, pengobatan atau tindakan medis yang akan dilakukan terhadap tubuhnya setelah mendapat penjelasan dari dokter.

Oleh karena itu persetujuan yang diberikan oleh pasien memerlukan beberapa masukan sebagai berikut:⁷

1. Penjelasan lengkap mengenai prosedur yang akan digunakan dalam tindakan medis tertentu (yang masih berupa upaya, percobaan) yang diusulkan oleh dokter serta tujuan yang ingin dicapai (hasil dari upaya, percobaan).
2. Deskripsi mengenai efek-efek sampingan serta akibat-akibat yang tak diinginkan yang mungkin timbul.
3. Deskripsi mengenai keuntungan-keuntungan yang dapat diantisipasi bagi/untuk pasien.
4. Penjelasan mengenai perkiraan lamanya prosedur berlangsung.
5. Penjelasan mengenai hak pasien untuk menarik kembali persetujuannya tanpa adanya prasangka (jelek) mengenai hubungannya dengan dokter dan lembaganya.
6. Prognosis mengenai kondisi medis pasien jika ia menolak tindakan medis tertentu (percobaan) tersebut.

Tindakan medis tertentu yang memerlukan *Informed consent*, menurut pendapat **Roach, Chernoff, dan Esley**:⁸

- 1) *Major or minor invasive surgery.*
- 2) *All procedures that involve more than slight risk of harm.*
- 3) *All form of radiological therapy.*
- 4) *Electro-convulsive therapy.*
- 5) *All experimental procedures.*
- 6) *All procedures for which consent form are required by statute or regulation.*

7) Periksa Hermien Hadiati Koeswadji, 1998, *loc. cit.*, h. 74.

8) Sofwan Dahlan, 2001, *op. cit.*, h. 3.

Tindakan medis yang memerlukan *informed consent* adalah:

1. Pembedahan invasif mayor atau minor,
2. Semua prosedur yang menyangkut lebih dari risiko bahaya yang ringan,
3. Semua bentuk terapi radiologi,
4. Terapi kejut listrik,
5. Semua prosedur yang berhubungan dengan percobaan, dan
6. Semua prosedur yang mana formulir *consent* dibutuhkan oleh undang-undang atau peraturan.

Hakikat *informed consent* merupakan sarana legitimasi bagi dokter untuk melakukan intervensi medis yang mengandung risiko serta akibat yang tak menyenangkan, oleh karenanya hanya dapat membebaskan dokter dari tanggung jawab hukum atas terjadinya risiko serta akibat yang tak menyenangkan saja.

Hakikatnya, *informed consent* mengandung dua unsur esensial, yaitu:⁹

1. Informasi yang diberikan oleh dokter (*information for consent*) dan
2. Persetujuan yang diberikan oleh pasien (*statement of informed consent*).

Konsep *informed consent* menunjuk pada suatu proses di mana pasien memberikan persetujuannya secara formal untuk menjalani prosedur "percobaan" medis (*experimental medical procedures*) yang dilakukan secara profesional (*professional treatment*).

Menurut ajaran Kant,¹⁰ mengenai tindakan atau perlakuan (*treatment*) ini, "manusia dalam kemanusiaannya" hakikatnya mengandung nilai persepsi manusia sebagai tujuan, menurut Kant, memaksakan kehendak untuk berbuat sedemikian rupa sehingga kemanusiaan akan menjadi tujuan dari tindakan atau perbuatan seseorang dan tidak sebagai sarana untuk memuaskan tujuan individual seseorang.

9) Periksa Hermien Hadiati Koeswadji, 1998, *op. cit.*, h. 74.

10) Periksa Hermien Hadiati Koeswadji, 1998, *ibid.*, h. 74.

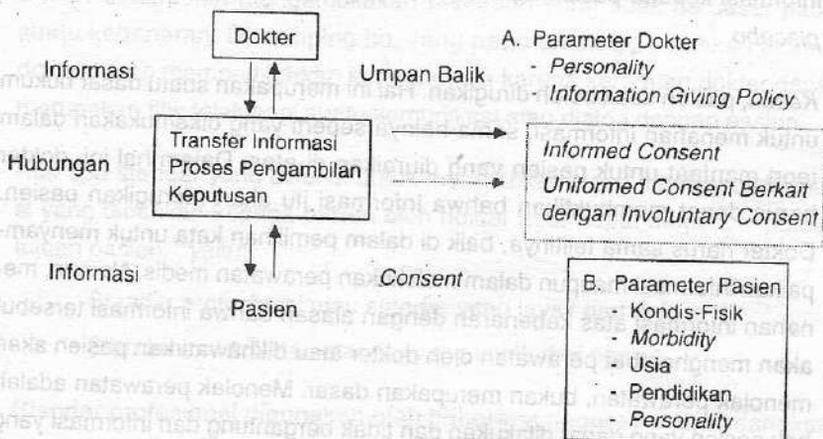
Dalam kenyataannya, terdapat keterlibatan orang lain (seorang manusia) sebagai tujuan mengandung hubungan dengannya sebagai manusia (*human being*), yang dengan pengertiannya itu terkandung kehendak dan tindakan melalui pengaturannya (*self regulation*). Ia menggunakan akal sehatnya (*logis*), konsisten, dan bebas.

Manusia sebagai makhluk bebas dan karenanya tidak seorang pun berhak untuk mengganggu kehidupan manusia lain. Diperlukannya *informed consent*, terutama jika tindakan yang dilakukan untuk percobaan obat, sehingga hal ini perlu dipertimbangkan secara serius. Oleh karena itu, ada beberapa parameter yang harus dipenuhi, baik bagi dokter maupun pasien.

Di dalam pelayanan medis, seorang dokter harus memiliki kemampuan dan keterampilan berkomunikasi, di samping keterampilan lainnya. Hal ini disebabkan oleh hukum yang mengatur bahwa dokter harus memberi informasi kepada pasien dan jika tidak diberikan informasi merupakan suatu pengecualian.

Bagan 6

Model Hubungan Komunikasi Dokter— Pasien dalam Mendapatkan *Informed Consent*¹¹



Sumber: **Hermien Hadiati Koeswadji**, 1998, h. 76.

11) Periksa Hermien Hadiati Koeswadji, 1998, *ibid.*, h. 76.

Keharusan atau kewajiban memberikan informasi dikaitkan dengan kemampuan dan keterampilan dokter untuk berkomunikasi terdiri atas dua bagian.¹²

Pertama, pasien berhak menerima informasi tanpa diminta tentang segala sesuatu mengenai dirinya. Pasien berhak menerima jawaban dari pertanyaan yang diajukannya. Secara umum, pasien harus diberi jawaban, kecuali jika terdapat keberatan yang beralasan. Hal atas jawaban itu terdiri atas hak untuk didengar dan hak atas reaksi. Hak atas jawaban juga mencakup hak atas kebenaran. Akan tetapi, dapat terjadi bahwa seorang dokter dalam strategi penyampaian informasinya belum sampai pada suatu masalah, tetapi pasien sudah menanyakan masalah tersebut. Dalam hal ini, secara umum dokter harus menjawab pertanyaan itu, kecuali ada alasan yang sah untuk tidak berbuat demikian dan dokter bertanggung jawab untuk membuktikan alasannya. Apabila ada alasan untuk tidak mengatakan kebenaran, pasien tetap mempunyai hak atas jawaban, dalam arti pasien tetap didengar dan diberi reaksi. Namun, ada situasi yang memungkinkan dokter tidak usah memberikan informasi ataupun mengatakan kebenaran, yaitu pada terapi yang didasarkan atas tidak memberi informasi kepada pasien agar efek terapi dapat tercapai, misalnya, dalam *placebo*.

Kedua, pasien tidak boleh dirugikan. Hal ini merupakan suatu dasar hukum untuk menahan informasi, sama halnya seperti yang dikemukakan dalam teori manfaat untuk pasien yang diuraikan di atas. Dalam hal ini, dokter harus dapat membuktikan bahwa informasi itu akan merugikan pasien. Dokter harus sama telitinya, baik di dalam pemilihan kata untuk menyampaikan informasi maupun dalam melakukan perawatan medis. Namun, menahan informasi atas kebenaran dengan alasan bahwa informasi tersebut akan menghambat perawatan oleh dokter atau dikhawatirkan pasien akan menolak perawatan, bukan merupakan dasar. Menolak perawatan adalah hak pasien yang dapat dilakukan dan tidak bergantung dari informasi yang benar.

12) Periksa Veronika Komalawati, 1999, *op. cit.*, h. 114.

Dalam praktik, pemberian informasi dalam *informed consent* itu sering kali sulit untuk dilaksanakan karena tidak selalu dapat ditunjukkan secara rinci sesuatu yang lebih baik secara medis. Sering kali tidak dapat diberikan jalan keluar secara mutlak. Dalam *informed consent*, yang penting adalah komunikasi atau dialog antara dokter dan pasien yang harus berjalan dalam kejujuran.

Suatu kesulitan yang lain ialah bahwa dokter dalam memutuskan untuk memberikan informasi harus membentuk atau merumuskan pendapatnya terlebih dahulu.

Apabila pemahaman pasien terhadap informasi diragukan, pasien harus dianggap belum cukup diberi informasi. Dalam keadaan demikian adalah penting bagi pasien dan juga bagi nilai *informed consent* bahwa pemberian informasi harus dilanjutkan.

Selain itu, dokter hanya menyampaikan hal-hal yang menuntut ukuran yang wajar dan sudah mempunyai kepastian. Hal ini tidak berarti bahwa harus ada kepastian umum tentang diagnosis dan prognosis, tetapi berarti bahwa perkiraan yang dibuat oleh dokter mempunyai dasar yang kuat. Dokter tidak boleh mengemukakan perkiraan yang tidak berdasar pada suatu kebenaran. Di samping itu, yang perlu untuk diperhatikan adalah dokter boleh memperlihatkan keraguannya karena keraguan dokter dapat merupakan titik tolak bagi suatu komunikasi atau dialog dengan pasien.

Ada dua standar yang dikenal untuk menetapkan cukup tidaknya informasi yang diberikan kepada pasien oleh dokter agar dapat mencapai persektujuan pasien,¹³ yaitu:

1. Standar profesional atau standar yang layak dari dokter.
2. Standar materiil atau standar yang layak dari pasien.

Standar profesional digunakan oleh beberapa negara maju, sedangkan standar materiil digunakan oleh beberapa negara berkembang. Didasar-

13) Periksa Jr. Roach, S.N.Chernoff dan C.L. Esley. *Medical Records and the Law* Royal Tunbridge Wells. Rockville, Maryland, 1985, h. 162—163.

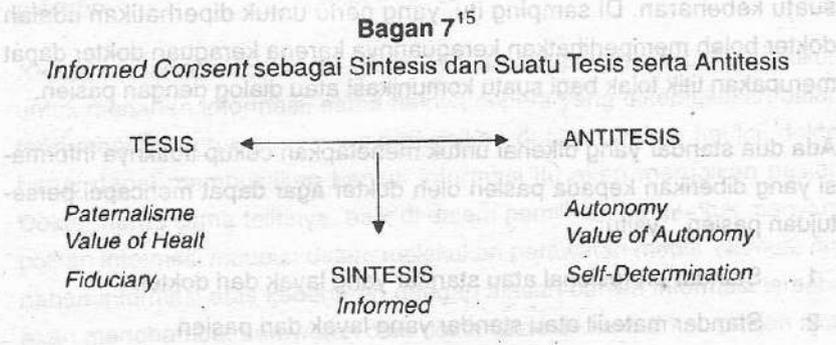
kan pada standar materiil, luas dari tugas seorang dokter untuk memberikan informasi ditentukan oleh informasi yang dibutuhkan oleh pasien.

Menurut **Beauchamp** dan **Walters**,¹⁴ *informed consent* dilandasi oleh prinsip etik dan moral serta otonomi pasien. Prinsip ini mengandung dua hal yang penting, yaitu:

1. Setiap orang mempunyai hak untuk memutuskan secara bebas hal yang dipilihnya berdasarkan pemahaman yang memadai, dan
2. Keputusan itu harus dibuat dalam keadaan yang memungkinkan-nya membuat pilihan tanpa adanya campur tangan atau paksaan dari pihak lain.

Oleh karena individu itu otonom, diperlukan informasi untuk mengadakan pertimbangan agar dapat bertindak sesuai dengan pertimbangannya tersebut. Prinsip inilah yang oleh para ahli etik disebut doktrin *informed consent*.

Faden dan **Beauchamp** menggambarkan *informed consent* sebagai sintesis dari suatu tesis dan antitesis, sebagaimana diperlihatkan dalam bagan berikut:



Sumber: **Crisdiono M. Achadiat**, h. 35.

14) Veronica Komalawati, 1999, *op. cit.*, h. 108.

15) Crisdiono M. Achadiat, 1996, *op. cit.*, h. 35.

Dengan demikian, dapat dikatakan bahwa dasar dari *informed consent* ialah:

1. Hubungan dokter—pasien berasaskan kepercayaan.
2. Adanya hak otonomi atau menentukan sendiri atas dirinya sendiri.
3. Adanya hubungan perjanjian antara dokter dan pasien.

Jadi, pada hakikatnya *informed consent* adalah untuk melindungi pasien dari segala kemungkinan tindakan medis yang tidak disetujui atau tidak diizinkan oleh pasien tersebut, sekaligus melindungi dokter (secara hukum) terhadap kemungkinan akibat yang tak terduga dan bersifat negatif.

C. BENTUK INFORMED CONSENT

1. Informed Consent yang Dinyatakan secara Tegas

a. *Informed consent* yang dinyatakan secara lisan

Informed consent dilakukan secara lisan apabila tindakan medis itu tidak berisiko, misalnya, pada pemberian terapi obat dan pemeriksaan penunjang medis. Sedangkan untuk tindakan medis yang mengandung risiko, misalnya pembedahan, *informed consent* dilakukan secara tertulis dan ditandatangani oleh pasien.

b. *Informed consent* yang dinyatakan secara tertulis

Informed consent secara tertulis ialah bentuk yang paling tidak diragukan. Namun, jika dilakukan secara lisan juga sah, kecuali ada syarat hukum tertentu yang menuntut *informed consent* tertulis untuk prosedur tertentu. Jadi, *informed consent* dapat dinyatakan secara lisan, bahkan dapat dinyatakan dengan sikap menyerah pada prosedur yang telah dispesifikasikan.

2. Informed Consent yang Dinyatakan secara Diam-Diam/Tersirat

Informed consent juga dianggap ada, hal ini dapat tersirat pada gerakan pasien yang diyakini oleh dokter. Dengan anggukan kepala, maka dokter

dapat menangkap isyarat tersebut sebagai tanda setuju. Atau pasien membiarkan dokter untuk memeriksa bagian tubuhnya, dengan pasien menerima atau membiarkan/tidak menolak, maka dokter menganggap hal ini sebagai suatu persetujuan untuk dilakukan suatu pemeriksaan guna mendapatkan terapi dari penyakitnya. Demikian pula, dalam hal persetujuan tindakan medis yang dilakukan oleh pasien jika pasien telah menyetujui ataupun tidak bertanya lebih lanjut tentang informasi dari dokter, dianggap telah mengerti penjelasan dokter.

Sebetulnya, persetujuan lisan yang diberikan oleh orang yang berhak sudah cukup bagi dokter untuk dijadikan dasar bagi intervensi medis. Bahkan, dapat pula diberikan dalam bentuk siratan, yaitu dengan menunjukkan sikap-sikap yang memberi kesan setuju. Namun, kedua cara ini dapat merepotkan dokter jika di belakang hari diingkari, kecuali ada saksi yang ikut menyaksikan. Hanya saja, keberadaan saksi nontenaga kesehatan saat dokter memberikan penjelasan sampai pasien menyatakan persetujuannya dapat dipersoalkan dari aspek konfidensialitas medis.

D. FORMULIR PERSETUJUAN (CONSENT FORM)

Dari segi yuridis, surat izin atau persetujuan untuk dilakukan operasi atau tindakan-tindakan medis lain yang dikenal dengan sebutan *consent form* adalah sebagai berikut:¹⁶

1. Di dalam formulir konsen murni, dirumuskan kenyataan kehendak sepihak (*eenzijdige wilsverklaring*) yang menyatakan setuju atas tindakan medis yang diusulkan oleh dokter. Konsen murni bukanlah suatu perjanjian dari dua pihak yang saling mengikat, yaitu dokter dan pasien karena ia dapat ditarik kembali atau dibatalkan oleh pasien pada setiap saat, sebelum dilakukan pembedahan/tindakan medis.

Di dalam Pasal 1338 BW, dikatakan bahwa suatu perjanjian tidak dapat ditarik kembali sepihak tanpa persetujuan dari pihak yang

16) Periksa J. Guwandi. *Dokter dan Hukum*. Penerbit Monella, Jakarta. Tanpa Tahun, *op. cit.*, h. 57—59.

lainnya. Ia hanya bisa dibatalkan atas persetujuan kedua belah pihak atau berdasar atas alasan-alasan yang dianggap cukup oleh undang-undang.

2. Konsen murni tidak dapat meniadakan atau mencegah diadakannya suatu tuntutan *negligence* di depan pengadilan, atau membebaskan rumah sakit terhadap tanggung jawab apabila terdapat suatu kelalaian. Ia hanya dapat dipakai sebagai bukti tertulis akan adanya "tanda izin/persetujuan" dari pasien terhadap tindakan medis tertentu atau operasi yang dilakukan. Dengan demikian, konsen murni tertulis itu hanya sekadar memberikan proteksi legal kepada rumah sakit, dokter, dan perawat apabila kelak dituntut oleh pasiennya karena melakukan operasi tanpa konsen.
3. Hukum sebenarnya tidak mensyaratkan harus dibuatnya suatu konsen murni tertulis untuk melakukan operasi atau tindakan medis lain, tetapi untuk aman dan mudahnya, lebih baik diadakan untuk memudahkan pembuktian kelak jika diperlukan.

Konsen murni bukan suatu *binding agreement* atau *contract in law*. Tidak dapat menyetujui anggapan bahwa konsen murni adalah suatu perjanjian atau kontrak terapeutik antara dokter dan pasien. Persetujuan pasien pada hakikatnya sudah diberikan secara lisan pada waktu menjelaskan dan memberikan informasi tentang operasi yang dilakukan. Konsen murni hanya merupakan pembuatan/ penegasan secara tertulis (*op schrift stellen*), apa yang sudah disetujui oleh pasien. Sebaliknya, jika ia menolak atau tidak menyetujui dilakukannya pembedahan itu, sebaiknya pasien itu diminta menandatangani surat penolakannya sehingga dia dapat dipersalahkan kelak.

Juga tidaklah benar anggapan bahwa terdapat unsur "paksaan" sehingga karenanya apa yang dinamakan "kontrak terapeutik" menjadi batal menurut hukum (*van rechtswege nietig*). Dokter sama sekali tidak memaksa untuk melaksanakan operasi itu. Terserah kepada pasiennya sendiri untuk menyetujui atau tidak dan memutuskan sesudah diberikan informasi tentang penyakitnya oleh dokter.

Unsur "paksaan" sebenarnya melekat pada diri pasien itu sendiri karena penyakitnya. Pertimbangan serta pilihan terletak di tangan pasien karena ia mempunyai hak otonomi terhadap dirinya sendiri.

E. TEORI INFORMED CONSENT

Ada tiga teori tentang *informed consent* berikut pandangan yang mendasarinya dikemukakan oleh Veatch. Adapun ketiga teori yang akan dikemukakan ini sehubungan dengan eksperimen pada manusia di bidang kedokteran, yaitu:¹⁷

1. Teori Manfaat untuk Pasien

Pada hakikatnya, peristiwa eksperimen dalam bidang kedokteran sejak dulu merupakan bagian yang terpisahkan dari pelayanan dan perawatan pasien sebab eksperimen yang dilakukan senantiasa berhubungan dengan pelayanan dan perawatan pasien. Padahal, syarat *informed consent* belum dikenal dalam tradisi ilmu kedokteran.

Namun, dengan perkembangan ilmu dan teknologi pada zaman modern, berbagai eksperimen direncanakan secara sistematis dan dilakukan dengan maksud serta tujuan untuk memperoleh pengetahuan medis. Oleh karena itu, pada tahun 1949 oleh *World Medical Association* telah disahkan kode etik medis. Di dalam kode etik medis tersebut, antara lain, ditetapkan bahwa dengan dalil apa pun seorang dokter tidak dibenarkan melakukan sesuatu yang dapat melemahkan daya tahan tubuh dan jiwa manusia, kecuali untuk maksud terapeutik atau pertimbangan pencegahan semata-mata, setiap tindakan dokter termasuk penyelenggaraan eksperimen yang dilakukan tidak demi kepentingan pasien, harus dilarang.

Pandangan mengenai hal yang baik dan bermanfaat bagi seorang pasien tertentu tidak sama antara pasien yang satu dan pasien lain-

17) Periksa Veronika Komalawati, 1999, *op. cit.*, h. 111.

nya karena bergantung pada situasi dan kondisi pribadi serta nilai yang dianut oleh pasien yang bersangkutan. Sehubungan dengan itu, pada hakikatnya pemberian informasi kepada pasien harus dilakukan sedemikian rupa sehingga pasien dapat berperan serta dalam proses pembentukan dan pengambilan keputusan, bahkan secara aktif pasien menguasainya, agar semaksimal mungkin dapat diperoleh manfaatnya. Terhadap teori ini, timbul keraguan karena dalam teori ini digunakan asas manfaat bagi pasien, yang berarti tertutup kemungkinan dilakukannya eksperimen nonterapeutik.

2. Teori Manfaat bagi Pergaulan Hidup

Teori ini menitikberatkan pada pandangan utilitis, yaitu bahwa kemanfaatan yang terbesar bagi jumlah yang terbesar. Penyelenggaraan eksperimen diperkenankan apabila didasarkan pertimbangan tertentu lebih banyak manfaatnya daripada menghasilkan yang tidak baik dan apabila bersamaan dengan itu, eksperimen ini secara keseluruhan lebih banyak menghasilkan manfaat dibandingkan dengan kemungkinan yang dihasilkan dengan penerapan metode lain.

Pandangan para penganut teori ini terhadap pengertian manfaat tidak dibatasi oleh pertimbangan ekonomis. Nilai estetika, kebudayaan, keagamaan, dan psikologi harus ikut dipertimbangkan. Perampasan kebebasan sejumlah kecil *narcoba* (subjek eksperimen) tidak begitu saja dapat dihalalkan berdasarkan pandangan manfaat yang sebesar-besarnya bagi sejumlah besar orang lain, dengan asumsi perampasan kebebasan seseorang dikategorikan sebagai kejahatan besar.

Apabila mutlak diperlukan untuk membenarkan eksperimen non-terapeutik, tampaknya tidak dapat disangkal bahwa terdapat unsur tertentu pada asas manfaat bagi pergaulan hidup dalam membenarkan eksperimen itu. Hal ini berarti, sepanjang eksperimen medis dilakukan bersama dengan pengobatan dan perawatan, atau mempunyai tujuan terapeutik, maka manfaat bagi pergaulan hidup di sini bukan hal yang harus diutamakan.

3. Teori Menentukan Nasib Sendiri

Menurut teori ini, penentuan memaksimalkan keuntungan bagi pergaulan hidup, telah menjurus ke arah pelecehan terhadap hak asasi yang tidak dapat diterima sehingga memberikan dua kemungkinan bagi penyusun *Nuremberg Code Rule*. *Pertama*, yaitu diterapkannya kembali formulasi **Hippocrates** bahwa eksperimen hanya dihalalkan apabila yang dipertahankan adalah manfaat atau keuntungan bagi pribadi pasien. *Kedua*, eksperimen dihalalkan apabila dilaksanakan bagi kepentingan pergaulan hidup dan dapat memberikan perlindungan atau menjaga jangan sampai timbul eksekusi dengan jalan memberikan bentuk pada asas yang membatasi kemungkinan itu. Para penyusun Kode *Nuremberg* telah memilih alternatif yang kedua ini, yaitu pada Pasal 2 disebutkan dan dijelaskan bahwa asas manfaat bagi pergaulan hidup tidak ditinggalkan. Akan tetapi, *informed consent* dimasukkan dengan jelas pada Pasal 1, bukan untuk mempermudah dicapainya keuntungan sosial, melainkan sebagai suatu syarat untuk membatasi hal itu.

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa setiap orang yang pada pemeriksaan medis menuntut adanya *informed consent* berdasarkan alasan lain dari nilai, yaitu diperolehnya persetujuan untuk mempermudah dicapainya kepentingan umum, harus mengakui bahwa para individu mempunyai tuntutan terhadap pergaulan hidup. Tuntutan tersebut sedemikian kuat sehingga disebut sebagai hak. Individu harus mempunyai hak yang dapat mengimbangi pernyataan bahwa kepentingan yang lebih besar akan diperoleh apabila hak individu itu dilanggar.

Walaupun *informed consent* kadang kala dapat meninggalkan manfaat untuk pasien atau bagi pergaulan hidup, tujuan sebenarnya lebih dari itu. Oleh karena itu, adanya hak individu untuk menentukan nasib sendiri menyebabkan *informed consent* penting bagi semua tindakan yang dilakukan atas tubuh, bahkan atas pelanggaran suasana kehidupan pribadi.

Dengan demikian, hak menentukan nasib sendiri memberikan dasar yang otonom bagi syarat *informed consent*. Hak ini merupakan dasar yang jauh lebih kokoh daripada pembenaran secara hukum, yang sering kali dijabarkan dari adanya kekhawatiran tentang perlindungan bagi individu terhadap risiko dalam eksperimen yang dilakukan secara besar-besaran. Oleh karena hak menentukan nasib sendiri yang dipakai sebagai dasar, maka pemberian persetujuan dapat dipandang sebagai negosiasi mengenai suatu kontrak.

F. DASAR HUKUM INFORMED CONSENT

Di Indonesia, terdapat ketentuan tentang *informed consent*, yaitu:

1. Pasal 15 Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 1981

- a. Sebelum persetujuan tentang transplantasi alat atau jaringan tubuh manusia diberikan oleh calon donor hidup, calon donor yang bersangkutan terlebih dahulu diberi tahu oleh dokter yang merawatnya, termasuk dokter konsultan mengenai sifat operasi, akibat-akibatnya, dan kemungkinan yang dapat terjadi.
- b. Dokter yang sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) harus yakin benar bahwa calon donor yang bersangkutan telah menyadari sepenuhnya arti dari pemberitahuan tersebut.

2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 585/Menkes/Per/IX/1989 tentang Persetujuan Tindakan Medis pada Bab I, Pasal 1 huruf (a)

"Persetujuan tindakan medis/informed consent adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarganya atas dasar penjelasan mengenai tindakan medis yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut."

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 585 Tahun 1989 yang ditindaklanjuti dengan SK Dirjen Yanmed 21 April 1999 yang berisi delapan bab dan enam belas pasal, mengatur hal-hal yang berhubungan dengan pelaksanaan *informed consent* berisi, antara lain:

- a. Kewajiban tenaga kesehatan memberikan informasi, baik diminta maupun tidak diminta; memberikan secara adekuat tentang perlunya tindakan medis dan risiko yang dapat ditimbulkannya; diberikan secara lisan dan cara penyampaian informasi harus disesuaikan dengan kondisi dan situasi pasien, dalam arti dokter harus memberikan informasi selengkap-lengkapnnya, kecuali dokter menilai bahwa informasi yang akan diberikan merugikan pasien atau pasien menolak menerima informasi; dalam hal ini, informasi dengan persetujuan pasien dapat diteruskan kepada keluarga terdekat dari pasien dan didampingi oleh seorang perawat/paramedis.
- b. Informasi yang diberikan mencakup keuntungan dan kerugian dari tindakan medis yang akan dilakukan, baik diagnostik maupun terapeutik, informasi cukup diberikan secara lisan; informasi harus diberikan secara jujur dan benar, kecuali jika dokter menilai akan merugikan pasien dan informasi tersebut dengan persetujuan pasien akan diberikan kepada keluarga pasien.
- c. Pemberi informasi adalah dokter yang bersangkutan, dalam hal berhalangan dapat diberikan oleh dokter lain dengan sepengetahuan dan tanggung jawab dari dokter yang bersangkutan; dibedakan antara tindakan operasi dan bukan operasi, untuk tindakan operasi harus dokter yang memberikan informasi, untuk bukan tindakan operasi sebaiknya oleh dokter yang bersangkutan, tetapi dapat juga oleh perawat/paramedis.
- d. Jika perluasan operasi dapat diprediksi, informasi harus diberikan sebelumnya, maka dalam hal ini tidak dapat diprediksi sebelumnya, demi menyelamatkan jiwa pasien dapat dilaksanakan tindakan medis dan setelah dilaksanakan tindakan medis dan setelah dilaksanakan tindakan, dokter yang bersangkutan harus memberitahukan kepada pasien atau keluarganya.
- e. Semua tindakan medis yang akan dilakukan terhadap pasien, harus mendapatkan persetujuan dan persetujuan dapat diberikan, baik secara tertulis maupun secara lisan; tetapi tindakan

medis yang mengandung risiko tinggi harus dibuat persetujuan secara tertulis dan ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan.

- f. Yang berhak memberikan persetujuan adalah mereka yang dalam keadaan sadar dan sehat mental, telah berumur 21 tahun, atau telah menikah; bagi mereka yang telah berusia lebih dari 21 tahun, tetapi di bawah pengampuan, maka persetujuan diberikan oleh wali atau pengampu; bagi mereka yang di bawah umur (belum 21 tahun dan belum menikah) diberikan oleh orang tua atau wali, atau keluarga terdekat atau induk semang.
- g. Bagi pasien yang dalam keadaan tidak sadar atau pingsan dan tidak didampingi oleh keluarga terdekat, dan secara medis memerlukan tindakan segera, tidak diperlukan persetujuan.
- h. Yang bertanggung jawab atas pelaksanaan informasi dan persetujuan adalah dokter; dalam hal dilaksanakan di rumah sakit atau klinik, maka rumah sakit/klinik tersebut ikut bertanggung jawab.
- i. Terhadap dokter yang melaksanakan tindakan medis tanpa persetujuan, dikenakan sanksi administratif berupa pencabutan surat izin praktik.

3. Pernyataan Ikatan Dokter Indonesia tentang *Informed Consent* terdapat pada Surat Keputusan Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia Nomor 319/PB/A.4/88

- a. Manusia dewasa yang sehat rohaniyah berhak sepenuhnya menentukan apa yang hendak dilakukannya terhadap tubuhnya. Dokter tidak berhak melakukan tindakan medis yang bertentangan dengan kemauan pasien walaupun untuk kepentingan pasien itu sendiri.
- b. Oleh karena itu, semua tindakan medis (baik diagnostik, terapeutik, maupun paliatif) memerlukan *informed consent*, baik secara lisan maupun tertulis.

- c. Setiap tindakan yang mengandung risiko cukup besar, mengharuskan adanya persetujuan tertulis yang ditandatangani oleh pasien, setelah sebelumnya pasien itu memperoleh informasi yang cukup tentang perlunya tindakan medis yang bersangkutan serta risiko yang berkaitan dengannya (*informed consent*).
- d. Untuk tindakan yang tidak termasuk dalam butir ke-3, hanya dibutuhkan persetujuan lisan.
- e. Informasi tentang tindakan medis harus diberikan kepada pasien, baik diminta maupun tidak diminta oleh pasien. Menahan informasi tidak boleh, kecuali jika dokter menilai bahwa informasi tersebut dapat merugikan kesehatan pasien. Dalam hal dokter dapat memberikan informasi kepada keluarga terdekat pasien. Dalam memberikan informasi kepada keluarga terdekat pasien, kehadiran seorang perawat/paramedis sebagai saksi adalah penting.
- f. Isi informasi mencakup keuntungan dan kerugian tindakan medis yang direncanakan, baik diagnostik, terapeutik, maupun paliatif. Informasi biasanya diberikan secara lisan, tetapi dapat pula secara tertulis. Informasi harus diberikan secara jujur dan benar, kecuali jika dokter menilai bahwa hal itu dapat merugikan kepentingan kesehatan pasien.
- g. Dalam hal tindakan bedah (operasi) dan tindakan invasif lainnya, informasi harus diberikan oleh dokter yang bersangkutan sendiri. Untuk tindakan yang bukan bedah (operasi) dan tindakan yang tidak invasif, informasi dapat diberikan oleh perawat atau dokter lain, sepengetahuan/dengan petunjuk dokter yang merawat.
- h. Perluasan operasi yang dapat diduga sebelum tindakan dilakukan, tidak boleh dilakukan tanpa informasi sebelumnya kepada keluarga yang terdekat atau yang menunggu. Perluasan yang tidak dapat diduga sebelum tindakan dilakukan, boleh di-

laksanakan tanpa informasi sebelumnya jika perluasan operasi tersebut perlu untuk menyelamatkan nyawa pasien pada waktu itu.

- i. *Informed consent* diberikan oleh pasien dewasa yang berada dalam keadaan sehat rohani.
- j. Untuk orang dewasa yang berada di bawah pengampuan, *informed consent* diberikan oleh orang tua, *curator* atau wali. Untuk yang di bawah umur yang tidak mempunyai orang tua/wali, *informed consent* diberikan oleh warga terdekat.
- k. Dalam hal pasien tidak sadar atau pingsan, serta tidak didampingi oleh yang tersebut dalam butir j, dan yang dinyatakan secara medis berada dalam keadaan gawat dan atau darurat yang memerlukan tindakan medis segera untuk kepentingan pasien, tidak diperlukan *informed consent* dari siapa pun dan ini menjadi tanggung jawab dokter.
- l. Dalam pemberian persetujuan berdasarkan informasi untuk tindakan medis di rumah sakit atau klinik, maka rumah sakit atau klinik yang bersangkutan ikut bertanggung jawab.

G. KENDALA DALAM MENDAPATKAN INFORMED CONSENT¹⁸

1. Kendala tentang Informasi

Yang menjadi masalah ialah bahasa yang dipakai untuk menyampaikan informasi. Seperti diketahui, kebanyakan pasien adalah awam dengan bahasa kedokteran dan tidak semua istilah-istilah kedokteran dapat diterjemahkan dengan mudah ke dalam bahasa orang awam.

Di samping itu, tidak semua dokter dapat menyampaikan informasi dengan bahasa sederhana yang dapat dengan mudah dipahami oleh pasien. Ke-

18) Periksa Wila Chandrawila Supriyadi, 2001, *op. cit.*, h. 66.

senjangan pengetahuan antara penerima jasa kesehatan dan pemberi jasa kesehatan dapat dikatakan relatif cukup besar, membuat penyampaian informasi kadang-kadang kurang efektif.

Penyampaian yang tidak efektif dapat menimbulkan berbagai masalah. Contoh konkret adalah salahnya penerimaan informasi yang terjadi dalam kasus operasi mata di Sukabumi (kasus **Muchjidin**, 1984). Mungkin saja dokter sudah memberikan informasi yang cukup kepada pasien. Namun, berhubung pasien kurang atau tidak memahami bahasa yang diguñakan oleh dokter, maka dipermasalahakan tentang *informed-nya*.

Pasien memang menandatangani surat persetujuan, tetapi pasien mengakui bahwa pasien tidak diberi informasi dan pasien tidak mengerti apa yang disetujui. Mungkin saja yang menurut dokter sudah diberi informasi yang cukup, menurut pasien belum cukup karena pasien tidak mengerti bahwa apa yang telah dikatakan dokter itu adalah sebuah informasi untuk dirinya. Sering kali pasien hanya mengangguk-kan kepalanya seakan-akan mengerti, tanpa pertanyaan sebab apa yang akan ditanyakan saja dia tidak tahu. Dokter yang menganggap anggukan pasien sebagai tanda mengerti akan menyerahkan formulir persetujuan tindakan medis dan pasien membubuhkan tanda tangannya. Hal ini sering kali terjadinya dalam hal pengetahuan pasien sangat minim.

Penyampaian informasi harus disesuaikan dengan situasi dan kondisi dari pasien. Memang sangatlah ideal kalau setiap dokter mau meluangkan sedikit waktunya untuk menyesuaikan diri dengan situasi dan kondisi dari pasien. Kadang-kadang terdapat perbedaan persepsi antara pemberi jasa pelayanan kesehatan dan penerima jasa pelayanan kesehatan; yang menurut pasien sangat penting, menurut dokter tidak penting.

Dalam hal pasien menolak pemberian informasi disampaikan kepada keluarga pasien adalah hak pasien untuk menolak memberikan informasi kepada keluarga. Dalam praktiknya, sering kali informasi disampaikan lebih dahulu kepada keluarga daripada kepada pasien. Sedangkan menurut peraturan, untuk menyampaikan informasi kepada keluarga harus ada izin atau persetujuan dari pasien.

Dokter wajib memberikan informasi secara jujur dan benar. Batas kejujuran dan kebenaran yang kadang-kadang sulit ditentukan. Jika dokter secara jujur dan benar memberikan informasi dan secara luas menyampaikan risiko yang dapat terjadi, dapat saja pasien menjadi takut dan menolak memberikan persetujuan untuk dilaksanakan tindakan medis.

Adalah hak dari pasien menolak pengobatan bagi dirinya, hal ini menjadi dilema bagi dokter, di satu pihak dokter berkewajiban secara moral untuk menolong pasien, di lain pihak dokter harus menghormati hak pasien, termasuk menolak memberikan persetujuan. Akan tetapi, kalau pasien menolak meskipun setelah diberi informasi tentang kemungkinan sembuh dan tentang risikonya kalau tidak dioperasi, dokter tidak akan dapat memaksakan kepada pasien untuk memberikan persetujuan.

2. Kendala tentang Persetujuan

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 585 Tahun 1989 juncties Surat Edaran Dirjen Yanmed Nomor 21 Tahun 1999, jelas telah menentukan bagi mereka yang berumur di atas 21 tahun atau telah menikah, dan dalam keadaan sadar dan sehat mental berhak memberikan persetujuan. Di dalam praktik, banyak rumah sakit yang mensyaratkan selain pasien yang bersangkutan, juga adanya pihak ketiga (keluarga terdekat, termasuk suami/istri) yang ikut memberikan persetujuan. Kadang-kadang syarat mengikutsertakan pihak ketiga menimbulkan masalah, yaitu dalam hal tidak ada kesepakatan antara pasien dan keluarga mengenai tindakan medis yang akan dilaksanakan. Argumen dari rumah sakit adalah demi keamanan. Akan tetapi, kalau terjadi kelalaian, meskipun keluarga ikut memberikan persetujuan, rumah sakit tidak dapat menghindarkan tanggung jawab dengan dalih keluarga telah memberikan persetujuan.

Kalau pasien menolak informasi disampaikan kepada keluarga dan menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 585 Tahun 1989, yang berhak memberikan persetujuan adalah pasien sendiri (mempunyai wewenang menyatakan kehendak), lalu akankah rumah sakit atau dokter, yang mensyaratkan penandatanganan persetujuan mengikutsertakan keluarga, menolak melaksanakan tindakan medis kepada pasien?

Persetujuan tindakan medis diperlukan secara tertulis dalam hal tindakan medis mempunyai risiko tinggi. Jika dianggap tidak mempunyai risiko tinggi, cukup hanya dengan persetujuan lisan nyata atau diam-diam. Memang jika setiap tindakan medis memerlukan persetujuan tertulis, dapat dibayangkan betapa merepotkannya, yang sering kali menjadi masalah dalam kasus kecelakaan.

Pada saat pasien yang dibawa ke rumah sakit dalam keadaan kesadaran menurun dan dalam keadaan kesakitan (tidak dalam keadaan tidak sadar/pingsan), apakah rumah sakit atau dokter harus memberikan informasi dulu dan meminta persetujuan dari pasien yang paling sedikit memakan waktu lima menit, sedangkan sedetikpun berharga bagi penyelamatan jiwa pasien? Hal ini tidak diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 585 Tahun 1989, yang diatur hanyalah dalam hal pasien tidak sadar atau pingsan, untuk menyelamatkan jiwa pasien tidak diperlukan persetujuan. Juga kadang-kadang korban kecelakaan bukan hanya satu dua, kalau terjadi kecelakaan dengan korban massal, kesempatan untuk memberikan informasi dan meminta persetujuan selain merepotkan, juga membuang waktu.

Contoh konkret yang sering dialami sebuah rumah sakit di mana seorang dokter bedah membedah pasien kecelakaan, dalam keadaan gawat darurat, ternyata pasien meninggal dunia. Yang dipermasalahkan oleh keluarga adalah mengapa rumah sakit atau dokter tidak menunggu kedatangan keluarga pasien dan langsung melaksanakan tindakan medis, sedangkan pasien waktu datang ke rumah sakit dalam keadaan sadar. Dalam hal ini, dokter/rumah sakit dihadapkan pada dilema, menolong pasien atau melindungi diri dengan perisai perlindungan hukum.

Dalam hal pasien menolak memberikan persetujuan, setelah dokter memberikan informasi yang cukup. Jelas hal ini adalah hak asasi dari pasien untuk menolak tindakan medis yang akan dilaksanakan atas dirinya. Yang menjadi pertanyaan di sini adalah apakah dokter dapat melaksanakan tindakan medis tanpa persetujuan dari pasien?

Kalau dokter melaksanakan tindakan medis tanpa persetujuan dari pasien, menurut hukum pidana, dokter telah melakukan penganiayaan dan me-

nurut hukum perdata, dokter dapat digugat telah melakukan bersalah melanggar hak pasien untuk memberikan persetujuan yang dapat dikategorikan sebagai perbuatan melawan hukum.

Dalam hal pasien menolak memberikan persetujuan tindakan medis, maka dokter harus menghormati hak pasien untuk menentukan diri sendiri, dalam arti dokter tidak boleh memaksa pasien agar dilakukan tindakan medis. Akankah dokter berusaha untuk mendapatkan persetujuan melalui jalur hukum sebab dokter yakin dengan tindakan medis yang akan dilaksanakan akan membuat pasien sembuh? Misalnya terhadap penganut agama yang menolak menerima transfusi darah.

Yurisprudensi di Amerika Serikat menetapkan, adalah hak pasien untuk mau memberikan persetujuan tindakan medis atau tidak memberikan persetujuan tindakan medis, hak pasien untuk menentukan diri sendiri.

BAB VI

HAK DAN KEWAJIBAN ANTARA DOKTER DAN PASIEN

A. HAK DAN KEWAJIBAN DOKTER TERHADAP PASIEN

1. Hak Dokter

Sebagai manusia biasa, dokter mempunyai tanggung jawab terhadap pribadi dan keluarga, di samping tanggung jawab profesinya terhadap masyarakat. Oleh karena itu, dokter juga mempunyai hak-hak yang harus dihormati oleh masyarakat sekitarnya.

Hak-hak dokter adalah sebagai berikut:¹

a. Melakukan praktik dokter setelah memperoleh surat izin dokter dan surat izin praktik

Dalam Peraturan Pemerintah Nomor 58 telah ditetapkan tentang wajib daftar ijazah dokter dan dokter gigi baru, yang disusul dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 560/Menkes/Per/X/1981 tentang Pemberian Izin Menjalankan Pekerjaan dan Izin Praktik bagi Dokter Umum dan Nomor 561/Menkes/Per/X/1981 tentang Pemberian Izin Menjalankan Pekerjaan dan Izin Praktik bagi Dokter Spesialis. Dengan demikian, bagi dokter yang telah memperoleh izin tersebut, berhak menjalankan praktik sesuai dengan izin yang diberikan oleh pemerintah (Departemen Kesehatan).

1) Periksa M. Jusuf Hanafiah & Amri Amir, 1999, *op. cit.*, h. 52—54.

b. Memperoleh informasi yang benar dan lengkap dari pasien/keluarga tentang penyakitnya

Informasi tentang penyakit terdahulu dan keluhan-keluhan pasien yang sekarang dideritanya, serta riwayat pengobatan sebelumnya sangat membantu dokter untuk menegakkan diagnosis yang pasti. Setelah diperoleh *anamnesis*, dokter berhak melanjutkan pemeriksaan dan pengobatan walaupun untuk prosedur tertentu memerlukan persetujuan tindak medis.

c. Bekerja sesuai standar profesi

Dalam upaya memelihara kesehatan pasien, seorang dokter berhak untuk bekerja sesuai standar (ukuran) profesinya sehingga ia dipercaya dan diyakini oleh masyarakat bahwa dokter bekerja secara profesional.

d. Menolak melakukan tindakan medis yang bertentangan dengan etika, hukum, agama, dan hati nuraninya

Hak ini dimiliki dokter untuk menjaga martabat profesinya. Dalam hal ini, berlaku *Sa science et sa conscience*, ya ilmu pengetahuan dan ya hati nurani.

e. Mengakhiri hubungan dengan seorang pasien jika menurut penilaiannya kerja sama pasien dengannya tidak ada gunanya lagi, kecuali dalam keadaan gawat darurat

Dalam hubungan pasien dengan dokter, haruslah saling menghargai dan saling memercayai. Jika instruksi yang diberikan dokter, misalnya, untuk meminum obat berkali-kali tidak dipatuhi oleh pasien dengan alasan lupa, tidak enak, dan sebagainya sehingga jelas bagi dokter bahwa pasien tersebut tidak kooperatif, dokter mempunyai hak memutuskan kontrak terapeutik.

f. Menolak pasien yang bukan bidang spesialisasinya, kecuali dalam keadaan darurat atau tidak ada dokter lain yang mampu menanganinya

Seorang dokter harus senantiasa melakukan profesinya menurut ukuran tertinggi. Dengan demikian, seorang dokter yang telah me-

nguasai sesuatu bidang spesialisasi, tentunya tidak mampu memberikan pelayanan kedokteran dengan standar tinggi kepada pasien yang bukan bidang spesialisasinya. Karena itu, dokter berhak menolak pasien tersebut, namun untuk pertolongan pertama pada kecelakaan ataupun untuk pasien-pasien gawat darurat, setiap dokter berkewajiban menolongnya apabila tidak ada dokter lain yang menanganinya.

g. Hak atas "privacy" dokter

Pasien yang mengetahui kehidupan pribadi dokter, perlu menahan diri untuk tidak menyebarkan hal-hal yang sangat bersifat pribadi dari dokternya.

h. Ketenteraman bekerja

Seorang dokter memerlukan suasana tenteram, agar dapat bekerja dengan baik. Permintaan yang tidak wajar yang sering diajukan oleh pasien/keluarganya, bahkan disertai tekanan psikis atau fisik, tidak akan membantu dokter dalam memelihara keluhuran profesinya. Sebaliknya, juga dokter akan dapat bekerja dengan tenteram jika dokter sendiri memegang teguh prinsip-prinsip ilmiah dan moral/etika profesi.

i. Mengeluarkan surat-surat keterangan dokter

Hampir setiap hari kepada dokter diminta surat keterangan tentang kelahiran, kematian, kesehatan, sakit, dan sebagainya. Dokter berhak menerbitkan surat-surat keterangan tersebut yang tentunya berlandaskan kebenaran.

j. Menerima imbalan jasa

Dokter berhak menerima imbalan jasa dan pasien/keluarganya berkewajiban memberikan imbalan jasa tersebut sesuai kesepakatan. Hak dokter menerima imbalan jasa bisa tidak digunakan pada kasus-kasus tertentu, misalnya, pasien tidak mampu, pertolongan pertama pada kecelakaan, dari teman sejawat dan keluarganya, dan lain-lain.

k. Menjadi anggota perhimpunan profesi

Dokter yang melakukan pekerjaan profesi perlu menggabungkan dirinya dalam perkumpulan profesi atau perhimpunan seminar, dengan tujuan untuk meningkatkan iptek dan karya dalam bidang yang ditekuninya serta menjalin keakraban antara sesama anggota.

l. Hak membela diri

Dalam hal menghadapi keluhan pasien yang merasa tidak puas terhadapnya atau dokter bermasalah, maka dokter mempunyai hak untuk membela diri dalam lembaga di mana ia bekerja (misalnya rumah sakit), dalam perkumpulan di mana ia menjadi anggota (misalnya, IDI), atau di pengadilan jika telah diajukan gugatan terhadapnya.

Hak serta kewajiban pasien dan dokter perlu disosialisasikan di kalangan dokter dan di tengah-tengah masyarakat, agar masing-masing pihak dapat memahami, menghayati, menghormati, dan mengamalkannya. Dengan demikian, diharapkan hubungan pasien dengan dokter dapat berlangsung dengan baik dan masyarakat pun akan bebas dari keresahan.

Hak dokter yang diatur dalam Surat Edaran Dirjen Pelayanan Medis Nomor YM.02.04.3.5.2504 tentang Pedoman, Hak, dan Kewajiban Pasien, Dokter, dan Rumah Sakit tanggal 10-6-1997 adalah:²

- 1) Dokter berhak mendapat perlindungan hukum dalam melaksanakan tugas sesuai dengan profesinya.
- 2) Dokter berhak untuk bekerja menurut standar profesi serta berdasarkan hak otonomi.

Seorang dokter, walaupun ia berstatus hukum sebagai karyawan rumah sakit, pemilik atau direksi rumah sakit tidak memerintahkan untuk melakukan sesuatu tindakan yang menyimpang dari standar profesi atau keyakinannya.

- 2) Periksa Surat Edaran Dirjen Yanmed Nomor YM. 02.04.3.5.2504 tentang Pedoman, Hak, dan Kewajiban Pasien, Dokter, dan Rumah Sakit tanggal 10-6-1997, h. 6-7.

- 3) Dokter berhak untuk menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan peraturan perundang-undangan, profesi, dan etika.
- 4) Dokter berhak menghentikan jasa profesionalnya kepada pasien apabila hubungan dengan pasien sudah berkembang begitu buruk sehingga kerja sama yang baik tidak mungkin diteruskan lagi, kecuali untuk pasien gawat darurat dan wajib menyerahkan pasien kepada dokter lain.
- 5) Dokter berhak atas *privacy*.
Berhak menuntut jika nama baiknya dicemarkan oleh pasien dengan ucapan atau tindakan yang melecehkan atau memalukan.
- 6) Dokter berhak mendapat informasi lengkap dari pasien yang dirawatnya atau dari keluarganya.
- 7) Dokter berhak atas informasi atau pemberitahuan pertama dalam menghadapi pasien yang tidak puas terhadap pelayanannya.
- 8) Dokter berhak untuk diperlakukan adil dan jujur, baik oleh rumah sakit maupun oleh pasien.
- 9) Dokter berhak untuk mendapat imbalan atas jasa profesi yang diberikannya berdasarkan perjanjian dan atau ketentuan/peraturan yang berlaku di rumah sakit tersebut.

Soeraryo Darsono, Ketua MP2A Jateng, menambahkan bahwa masih ada hak dokter yang lain, yaitu:³

- 1) Dokter berhak menolak pasien tidak gawat darurat yang datang: di luar jam praktiknya/jam dinas rutinnnya/jam dinas jaga; dari luar daerah rayon kalau sudah berlaku rayonisasi; dan dari spesialis lain daripada yang dokter tersebut miliki.
- 3) Periksa Soeraryo Darsono. Hak dan Kewajiban Dokter dan Pasien, makalah yang disampaikan pada pertemuan koordinasi organisasi profesi IDI wilayah Jateng dalam rangka ulang ke-50 tahun di Ungaran, 12—13 Agustus 2000, h. 2—3.

Dokter berhak tak memberi pertolongan kepada pasien gawat darurat kalau sudah dengan segera tersedia pertolongan yang lebih ahli.

- 2) Dokter berhak tidak menerima setiap pasien untuk pengobatan dan dokter berhak menolak setiap orang untuk menjadi pasiennya, baik dengan alasan apa pun juga maupun tanpa alasan apa pun, kecuali pasien gawat darurat. Dokter berhak minta konsultasi kepada dokter lain yang lebih ahli dengan persetujuan pasien. Dokter berhak merujuk pasien ke dokter lain yang lebih ahli.

2. Kewajiban Dokter terhadap Pasien

Berdasarkan Surat Edaran Dirjen Yanmed 1997 adalah:⁴

- a. Dokter wajib mematuhi peraturan rumah sakit sesuai dengan hubungan hukum antara dokter tersebut dan rumah sakit.
- b. Dokter wajib memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi dan menghormati hak-hak pasien.
- c. Dokter wajib merujuk pasien ke dokter lain/rumah sakit lain yang mempunyai keahlian/kemampuan yang lebih baik apabila ia tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau pengobatan.
- d. Dokter wajib memberikan kesempatan kepada pasien agar senantiasa dapat berhubungan dengan keluarga dan dapat menjalankan ibadah sesuai keyakinannya.
- e. Dokter wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang seorang penderita, bahkan juga setelah penderita itu meninggal dunia.
- f. Dokter wajib melakukan pertolongan darurat sebagai suatu tugas perikemanusiaan, kecuali jika ia yakin ada orang lain bersedia dan mampu memberikannya.

4) Periksa Surat Edaran Dirjen Yanmed 1997, *op. cit.*, h. 7—8.

- g. Dokter wajib memberikan informasi yang adekuat tentang perlunya tindakan medis yang bersangkutan serta risiko yang dapat ditimbulkannya.
- h. Dokter wajib membuat rekam medis yang baik secara berkesinambungan berkaitan dengan keadaan pasien.
- i. Dokter wajib terus-menerus menambah ilmu pengetahuan dan mengikuti perkembangan ilmu kedokteran/kedokteran gigi.
- j. Dokter wajib memenuhi hal-hal yang telah disepakati/perjanjian yang telah dibuatnya.
- k. Dokter wajib bekerja sama dengan profesi dan pihak lain yang terkait secara timbal balik dalam memberikan pelayanan kepada pasien.
- l. Dokter wajib mengadakan perjanjian tertulis dengan pihak rumah sakit.

Kewajiban dokter dibedakan dalam tiga kelompok, yaitu.⁵

a. Kewajiban yang berhubungan dengan fungsi sosial pemeliharaan kesehatan (*health care*)

Pada kelompok ini, kepentingan masyarakat menonjol dan bukan kepentingan pasien saja. Karena itu, dalam melakukan kewajiban di sini, seorang dokter harus memperhitungkan faktor kepentingan masyarakat (*doelmatig gebruik*), misalnya:⁶

- 1) Pada sarana tempat ia bekerja, misalnya, di rumah sakit, klinik, atau puskesmas, setiap dokter harus berhati-hati dalam mendistribusikan obat-obatan yang persediaannya sedikit,
- 2) Dalam menentukan diopnamanya seorang pasien, misalnya, di kabupaten, dokter harus memperhitungkan jumlah tempat tidur yang ada di rumah sakit dan keadaan sakit pasien,

5) Periksa Fred Ameln 1991, *op. cit.*, h. 56—57.

6) Periksa Fred Ameln, 1991, *ibid.*, h. 56.

- 3) Mempertimbangkan untuk tidak menulis suatu resep untuk obat yang tidak begitu perlu, dan
- 4). Mempertimbangkan penulisan resep obat yang murah daripada obat yang mahal untuk penyembuhan pasien.

b. Kewajiban yang berhubungan dengan hak pasien

Termasuk kewajiban profesi seorang dokter untuk selalu memperhatikan dan menghormati semua hak pasien. Beberapa hak pasien yang harus dihormati, antara lain: hak atas informasi, hak memberikan persetujuan, hak memilih dokter, hak memilih sarana kesehatan (rumah sakit), hak atas rahasia kedokteran, hak menolak pengobatan/perawatan, hak menolak suatu tindak medis tertentu, hak untuk menghentikan pengobatan, hak atas *second opinion* (pendapat kedua), dan hak melihat rekam medis.

c. Kewajiban yang berhubungan dengan standar profesi kedokteran dan kewajiban yang timbul dari standar profesi kedokteran

Menurut Kode Etik Kedokteran Indonesia, kewajiban dokter dapat dibedakan menjadi empat kategori, yakni:

- 1) kewajiban umum,
- 2) kewajiban dokter terhadap pasien,
- 3) kewajiban dokter terhadap teman sejawat, dan
- 4) kewajiban dokter terhadap diri sendiri.

Kewajiban dokter terhadap pasien,⁷ yakni:

- 1) Setiap dokter harus senantiasa mengingat kewajiban melindungi makhluk insani,
- 2) Setiap dokter wajib bersikap tulus ikhlas dan mempergunakan segala ilmu dan keterampilannya untuk kepentingan penderita. Dalam hal ia tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau

7) Periksa Soerjono Soekanto, *Aspek Hukum Kesehatan*. Penerbit IND-Hill-Co. Jakarta, 1989, h. 153—154.

pengobatan, maka ia wajib merujuk penderita kepada dokter lain yang mempunyai keahlian dalam penyakit tersebut,

- 3) Setiap dokter harus memberikan kesempatan kepada penderita agar senantiasa dapat berhubungan dengan keluarga dan penasihatnya dalam beribadat atau dalam masalah lainnya,
- 4) Setiap dokter wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahui tentang penderita, bahkan juga setelah penderita itu meninggal, dan
- 5) Setiap dokter wajib melakukan pertolongan darurat sebagai tugas peri kemanusiaan, kecuali jika ia yakin ada orang lain bersedia dan mampu memberikannya.

Di antara kewajiban dokter terhadap pasien, maka ada beberapa kewajiban yang penting untuk dilaksanakan dalam profesi medis, yaitu:⁸

a. Kewajiban untuk bekerja sesuai dengan standar profesi medis

Meskipun standar profesi medis sendiri sampai saat ini masih belum dapat dirumuskan di Indonesia, dapat dipakai rumusan dari **Leenen** untuk hal tersebut, yakni:

- 1) bekerja dengan teliti, hati-hati, dan saksama,
- 2) sesuai dengan ukuran medis,
- 3) sesuai dengan kemampuan rata-rata dibandingkan dengan dokter dari kategori keahlian medis yang sama,
- 4) dalam situasi dan kondisi yang sebanding, dan
- 5) dengan sarana dan upaya yang memenuhi perbandingan wajar dibandingkan dengan tujuan konkret tindakan medis tersebut.

Seorang dokter yang menyimpang dari standar profesi medis dikatakan telah melakukan suatu kelalaian atau kesalahan dan hal tersebut dapat merupakan salah satu unsur dari malpraktik medis,

8) Periksa Chrisdiono M. Achadiat, 1996, *op. cit.*, h. 10.

yakni jika kesalahan tersebut bersifat sengaja (*dolus*) serta menimbulkan kerugian pada pasien. Dalam *Principle Liability of a Doctor*, disebutkan bahwa:

"The doctor has to possess the skill, knowledge and judgment of the average of the group of the technicians to which he belongs."

b. Kewajiban memberikan informasi tentang tindak medis yang akan dilakukan terhadap pasien

Kewajiban ini berdasarkan hak pasien untuk mengetahui semua informasi medis yang dipahaminya sehingga kemudian ia dapat memutuskan menerima atau tidak tindak medis atas dirinya itu. Dalam keadaan tertentu, dokter dapat menahan informasi tersebut, yakni dalam hal informasi tersebut akan melemahkan/memperlemah daya tahan pasien.

c. Kewajiban menyimpan rahasia jabatan atau pekerjaan medis

Dalam Peraturan Pemerintah Nomor 10 Tahun 1966, hal ini telah diatur dan terhadap pelanggaran atas kewajiban ini, pelakunya dapat dikenakan Pasal 112 dan 322 Kitab Undang-Undang Hukum Pidana, di samping sanksi administratif oleh Menteri Kesehatan. Dari hukum perdata, dapat diterapkan Pasal 1365 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata. Mengenai rumusan rahasia medis, telah disampaikan pada bagian hak pasien dalam profesi kedokteran. Pada beberapa keadaan, kewajiban ini dapat dikesampingkan, yakni dalam hal-hal sebagai berikut:

- 1) Diatur oleh undang-undang (misalnya Undang-Undang tentang Penyakit Menular),
- 2) Jika pasien mendapat hak sosial tertentu (misalnya tunjangan atau penggantian biaya kesehatan),
- 3) Pasien sendiri telah mengizinkan (baik secara lisan maupun tertulis),
- 4) Pasien menunjukkan kesan bahwa ia menghendaki demikian (misalnya membawa pendamping ke ruang praktik dokter), dan

- 5) Bila untuk kepentingan umum atau kepentingan yang lebih tinggi (misalnya, pengumuman tentang sakitnya seorang pejabat negara).

Sedangkan Pasal 51 Kitab Undang-Undang Hukum Pidana mengatur tentang tindak pidana yang dijalankan atas perintah jabatan.

Hal lain yang termasuk dalam kaitan kewajiban ini ialah apa yang dikenal sebagai *presumed consent* di mana pasien telah mengetahui bahwa data tentang dirinya akan diketahui oleh banyak orang atau instansi selain dokter itu (termasuk data medisnya). Contohnya, apabila seseorang memutuskan untuk menjadi anggota ABRI.

d. Kewajiban menolong pasien gawat darurat

Sebenarnya, kewajiban ini terdapat pada setiap orang, yakni menolong sesama manusia yang berada dalam keadaan darurat⁹; tetapi pada diri seorang dokter, kewajiban ini menjadi lebih menonjol karena dokter lebih menguasai ilmu tentang manusia dan kesehatan (misalnya dalam keadaan gawat darurat, pasien tidak sadar dan tidak ada pihak yang diminta persetujuannya), dokter dapat bertindak tanpa persetujuan pasien, sedangkan tuntutan atau gugatan terhadap dokter dalam keadaan seperti ini dapat ditiadakan meskipun dalam kasus demikian, dokter telah bertindak tanpa izin pasien. Keadaan yang dikenal sebagai *Good Samaritan Doctrine*¹⁰ ini telah diakui dapat memenuhi rasa keadilan dalam peradaban manusia karena jika prinsip ini tidak dianut, akan timbul keengganan

9) Periksa John Arras dan Robert Hunt *Ethical Issues in Modern Medicine*, Penerbit Mayfield Publishing Company, USA, 1983, h. 95, disebutkan bahwa yang dimaksud dengan keadaan darurat didiskusikan oleh profesi kedokteran.

10) Periksa Walter G. Alton Jr. *Malpractice (How to Avoid, How to Win It)*, Little Brown and Company, USA, 1977, h. 1. Dikatakan bahwa Hukum Good Samaritan hanya berlaku untuk situasi di luar tempat pengobatan (rumah sakit/klinik). Hukum ini dibuat untuk mendorong profesi medis untuk memberikan pengobatan medis terhadap pasien/individu yang terluka dalam situasi darurat di mana fasilitas untuk pengobatan tidak tersedia. Seperti pada korban kecelakaan atau serangan jantung sehingga dokter tidak perlu ragu-ragu atau menolak untuk menolong dalam situasi darurat di luar rumah sakit karena takut digugat.

an menolong sesama manusia akibat takut terhadap kemungkinan timbulnya gugatan/tuntutan di kemudian hari. Akan tetapi, harus diingat bahwa penghapusan tuntutan atau gugatan tersebut mempersyaratkan satu hal pokok, yaitu standar profesi medis tadi. Dengan demikian, prinsip di atas sama sekali tidak berarti, kemudian dokter boleh bertindak dengan melanggar standar profesi medis.

Secara keseluruhan, pelaksanaan kewajiban-kewajiban dokter tersebut harus tetap kembali pada *informed consent* dan standar profesi medis. **Ameln** menyatakan bahwa setiap kasus *medical error*, *risk in treatment*, dan *error of judgement* dapat saja diajukan ke pengadilan pidana atau perdata, tetapi jika dokter tidak menyimpang dari standar profesi medis dan telah memenuhi *informed consent*, ia tidak dipidana ataupun membayar kerugian.

Pada kewajiban dokter terhadap pasien tersebut, seluruh responden menyatakan tidak ada kendala. Semua telah dilakukan dengan baik karena dia merasa bahwa itu merupakan kewajiban dari tugas profesionalnya.

B. HAK DAN KEWAJIBAN PASIEN TERHADAP DOKTER

1. Hak Pasien

a. Hak untuk menentukan nasib sendiri¹¹

Hak untuk menentukan nasib sendiri ini juga disebut sebagai *the right of self-determination* atau *zelfbeschikkingsrecht*. Adapun *right* dapat mengandung arti hak alami (*natural right*), hak pribadi (*civil right*), hak politik (*political right*), serta hak pribadi (*personal right*). Hak untuk menentukan nasib sendiri lebih dekat artinya dengan yang dimaksudkan hak pribadi (*personal right*), yaitu hak atas keamanan pribadi yang menyangkut me-

11) Periksa J. Guwandi, Tanpa Tahun, *op. cit.*, h. 2.

ngenai hidup, bagian tubuh, kesehatan, kehormatan, serta hak atas kebebasan pribadi.¹²

Hak-hak ini, menurut John Locke tidak dapat diganggu gugat. Teori ini kemudian menjadi dasar pikiran dan menjelma sebagai *United Nations Universal Declaration of Human Right* 1948. Setiap manusia berhak untuk dihargai, diakui, dihormati sebagai manusia, dan diperlakukan secara manusiawi, sesuai dengan harkat dan martabatnya sebagai makhluk Tuhan. Maka dari itu, seorang pasien pun sebagai manusia berhak dan harus diperlakukan sebagaimana mestinya. Asas dan dasar pemikiran yang telah diletakkan dalam deklarasi ini, kemudian diikuti oleh negara-negara di dunia melalui konstitusi masing-masing dan dalam hukum positifnya.

Hukum kedokteran (kesehatan) bertumpu dan berdasarkan atas dua hak asasi, yaitu:¹³

- 1) Hak atas pemeliharaan kesehatan (*the right to health care*) dan
- 2) Hak untuk menentukan nasib diri sendiri (*the right of self-determination*).

Dasar hukum dari asas-asas tersebut termaksud di dalam deklarasi *human right* tersebut di atas serta, *Declaration of Helsinki* 1964, yang kemudian diperbarui pada 29th *World Medical Assembly*, Tokyo, 1975. Antara mana sebagai pokok terpenting dikatakan bahwa pendirian seorang dokter adalah bahwa "kesehatan pasien saya adalah pertimbangan yang pertama" (*The health of my patient will be my first consideration*).

Riset yang memakai diri manusia dikatakan bahwa subjek harus diberikan informasi dengan jelas mengenai tujuannya, metodenya, faedahnya yang diperkirakan, dan kemungkinan

12) Periksa Black's Law Dictionary, *op. cit.*, h. 1488.

13) Periksa J. Guwandi. Tanpa Tahun, *op. cit.*, h. 20.

bahaya yang timbul, serta ketidaknyamanannya. Lafal sumpah dokter, seperti tercantum dalam Peraturan Pemerintah Nomor 26 Tahun 1960 pun mengatakan bahwa:

"Saya akan menghormati setiap hidup insani mulai dari saat pembuahan."

Di samping hal-hal lain menyangkut diri pasien. Demikian pula, Kode Etik Kedokteran Indonesia memuat ketentuan-ketentuan di mana kepentingan pasien harus diutamakan. Hak-hak asasi pasien lebih dipertegas lagi dalam *Hospital Patients Charter* yang disepakati dalam sidang pleno dari *Hospital Committee of the European Economic Community*, Mei 1979. Pula *Declaration of Lisbon* 1981 memuat hal-hal yang berhubungan dengan pasien antara mana dikatakan pasien berhak untuk memilih dokternya secara bebas. Ia berhak untuk menerima ataupun menolak pengobatan (*treatment*) sesudah ia menerima informasi yang jelas. Pasien pun berhak untuk mengakhiri/memutuskan hubungan dengan dokternya dan bebas untuk memilih/mengganti dengan dokter lain. Dengan perkataan lain, dokter tidak berhak untuk mencegah/melarang jika pasien hendak berobat ke dokter lain. Namun, jika pasien dirawat di rumah sakit, kadang-kadang timbul kesukaran untuk mengganti dokter lain karena organisasi rumah sakit tidak memungkinkannya.

Hal ini disebabkan sudah ditentukan oleh dokter kepala dan staf pembantunya. Pasien berhak untuk dirawat oleh dokter yang secara bebas menentukan pendapat klinisnya dan penilaian etis tanpa campur tangan di pihak luar. Pasien berhak atas *privacy* yang harus dilindungi. Ia pun berhak atas sifat kerahasiaan data-data medis serta data pribadinya. Pasien berhak mati secara terhormat (*dignity*). Ia berhak untuk menerima atau menolak bimbingan moral dan spiritual, termasuk petugas agama menurut keyakinannya. Ia berhak untuk mengadu (*complaint*) dan menyelidiki atas pengaduannya serta diberitahukan hasilnya.

Jika ditinjau dari segi pendekatan yuridis sosiologis dan dikaitkan dengan hak untuk menentukan nasib sendiri (*the right of self determination*), jelas bahwa dalam instansi terakhir manusia sebagai individu mempunyai hak untuk menentukan hari depan (bagi dirinya). Dalam pada itu, hak untuk menentukan nasib sendiri itu baru mempunyai efek apabila manusia sebagai individu mendapat kesempatan secara mandiri untuk dengan bebas dan atas tanggung jawab sendiri memutuskan apa yang menjadi tujuan hidupnya dan untuk memenuhi tujuan hidupnya.

Kemandirian dalam kaitannya dengan unsur pertanggungjawaban hanya akan dimiliki oleh mereka yang akil balig. Akil balig atau kedewasaan ini masing-masing perundang-undangan negara mempunyai batasan dan penafsiran yang berbeda.

Secara singkat dapat diartikan bahwa akil balig atau kedewasaan sangat erat hubungannya dengan kesalahan (*schuld*), kecuali jika hal tersebut disebabkan karena ketidaktahuan, tetapi berdasarkan pada kemampuan untuk memutuskan (sesuatu) dan tidak dipengaruhi oleh orang lain. Jelas dari apa yang terurai di atas bahwa kesalahan berkaitan erat dengan kedewasaan, dan dalam hal ini harus dikaitkan dengan masalah pertanggungjawaban (menurut dan berdasarkan hukum).

Dari apa yang telah diuraikan tersebut, maka hak untuk menentukan nasib sendiri dalam perspektif, pengembangannya dapat diartikan dalam dua hal, yaitu:¹⁴

- 1) Hak untuk menentukan sejauh mungkin segala sesuatu yang berhubungan dengan tubuh dan rohani. Dalam artinya yang pertama, hak untuk menentukan nasib sendiri lebih condong mendekati pada pengertian hak asasi individual;
- 2) Hak untuk merencanakan dan mengembangkan sebagaimana yang dikehendaki. Di sini hal tersebut sangat erat

14) Periksa Hermien Hadiati Koeswadji, 1984, *op. cit.*, h. 49.

hubungannya dengan hidup bersama di mana individu tersebut menjadi anggotanya, dan ikut serta membentuk berdasarkan segala identitas yang ada padanya. Dalam artinya yang kedua ini, maka hak untuk menentukan nasibnya sendiri lebih condong mendekati hak asasi sosial.

Menurut Leenen,¹⁵ batasan bagi pemberian bantuan pertolongan itu terletak pada hak pasien, yaitu hak untuk menentukan nasib sendiri. Ini adalah mengenai hak pribadi dan hak yang timbul berdasarkan hukum perjanjian yang telah dibuat dengan dokter (*hulpverleningscontract*). Pasien menentukan nasibnya sendiri dan di sinilah terletak garis batas bagi pengertian pemberian bantuan pertolongan secara individual.

Pasien seharusnya mendapatkan cukup informasi untuk dapat dipergunakan sebagai bahan untuk mempertimbangkan dan kemudian memutuskan segala sesuatu yang menyangkut kepentingannya. Dalam kenyataannya, dokter dan pasien melihat suatu keadaan—kenyataan itu dari sudut pandang yang berbeda. Seyogianya apabila cara pendekatan dari keduanya itu dapat dipertemukan, sehingga merupakan suatu sintesis yang berawal dari prinsip demi kepentingan pasien.

Dengan demikian, untuk menentukan nasib sendiri tersebut, mengharuskan adanya hak atas informasi. Di satu pihak, hal tersebut disebabkan suatu tindakan medis terhadap seseorang yang tidak didasarkan pada informasi yang adekuat akan mencemarkan/mengganggu integritas pribadi orang tersebut. Sedangkan di pihak lain, untuk menentukan nasib sendiri yang mengandung hak untuk berkembang dalam masyarakat itu tidak dapat diwujudkan apabila individu tidak mem-

15) Periksa H.J.J. Leenen, "Grenzen aan de Medische Hulpverlening," dalam *Tijdschrift voor gezondheidsrecht*, No. 3, 1977, h. 142 dalam Hermien Hadiati Koeswadji, 1984, *ibid.*, h. 56.

peroleh informasi yang cukup, terutama informasi yang berhubungan langsung dengan kepentingan jasmani dan rohani-nya.

b. Hak atas informasi

1) Latar belakang

Hak atas informasi tersebut merupakan hak pasien. Hak pasien ini di negeri Belanda baru diperkenalkan oleh JF. Rang pada tahun 1973 di mana ia memberikan perumusan terhadap hak pasien tersebut sebagai: "Bagian dari hukum kesehatan yang khusus mengatur tentang hak dan kewajiban manusia yang bersangkutan dengan penerimaan perawatan kesehatan karena ia sakit atau mencegah agar ia tidak menjadi sakit."¹⁶

Sejak kurang lebih 2.000 tahun sebelum Masehi dalam kodeks Hammurabi telah mengancam dengan sanksi terhadap setiap pelanggaran atas integrasi kepribadian seseorang yang disebabkan operasi yang gagal. Secara tegas, Polak¹⁷ menegaskan bahwa kodeks tersebut mendasarkan diri pada prinsip bahwa setiap sebab yang mengakibatkan seseorang meninggal harus diancam dengan pidana mati. Namun, khususnya terhadap ilmu kedokteran memperoleh *privilege* yang hingga kini sukar diterobos oleh hukum pidana¹⁸ sehingga di satu pihak, hukum pidana tidak dapat diterapkan secara konsekuen dengan tolok ukur kriteria hukum pidana. Sedangkan di lain pihak, dirasakan tidak adil bahwa sebagian besar anggota masyarakat dalam mereka berhubungan antara sesama anggota masyarakat dirugikan karena adanya kekosongan

16) Periksa JF. Rang. *Patientenrecht, oratie, stafleu, laiden*, 1973. Dalam Hermien Hadiati Koewadji, 1998, *op. cit.*, h. 59.

17) Periksa K. Polak. *The Healers*. Penerbit Nelson, London, 1963, h. 14.

18) Periksa Hermien Hadiati Koeswadji, 1984, *op. cit.*, h. 72.

hukum (*rechtsvacuun*), karenanya sepanjang perkembangan sejarah *Leges Wisigothorum* yang ada pada abad V dan VIII sesudah Kristus, telah mengancam dengan pidana yang berat bagi para dokter karena tindakannya mengakibatkan kematian orang.

Hal tersebut menyebabkan berkembangnya pendapat yang melindungi setiap penyentuhan terhadap integritas seorang individu dalam abad XX ini. Daripadanya pula, maka doktrin *informed consent* berkembang dengan mendapatkan artinya yang fundamental. Sebetulnya, doktrin *informed consent* lahir dari perkembangan hak atas informasi dalam kaitannya dalam hak untuk menentukan nasib sendiri di Amerika Serikat. Kemudian, doktrin tersebut berkembang dan memperoleh pengertian yang sifatnya internasional, dan dapat secara harfiah diartikan sebagai "persetujuan yang diberikan berdasarkan kualifikasi informasi yang relevan". Adapun esensi yang terkandung di dalam pengertian *informed consent* yang demikian itu terletak di dalam, artinya bahwa setiap tindakan pertolongan medis yang tidak didasarkan pada *informed consent* harus diartikan sebagai tindakan yang diancam dengan pidana. Penerapan doktrin *informed consent* ini tentu saja berbeda dari satu negara dengan negara yang lain dan akan sangat berkaitan erat dengan tingkat kesadaran hukum masyarakat tempat doktrin tersebut berkembang dan ditopang.

Latar belakang adanya hak informasi sudah semenjak tahun 50-an masalah hak atas informasi ini di Amerika Serikat dipermasalahkan, yaitu secara umum telah dipermasalahkan dalam kaitannya dengan hak pasien di mana hak atas informasi tersebut merupakan bagian yang tak terpisahkan. Permasalahan mengenai hak pasien, hak atas informasi tersebut pada tahun 1972 telah mendorong perkumpulan rumah sakit-rumah sakit di Amerika

Serikat (*Association of American Hospital*) untuk menuangkan dalam sebuah *Patient's Bill of Rights*. *Patient's Bill of Rights* dari Amerika Serikat tahun 1972 ini telah memengaruhi pendapat dunia internasional mengenai hak atas informasi. Pernyataan dari *Association of American Hospital* yang dituangkan dalam *Patient's Bill of Rights* ini, secara yuridis tidak mempunyai nilai selain dari segi hubungan keperdataan. Di samping aspek keperdataan, *Patient's Bill of Rights* ini mempunyai aspek sebagai suatu norma umum yang dipegang teguh oleh setiap pelaksana profesi—pejabat medis.

Beberapa hak yang disebutkan secara terperinci dalam *Patient's Bill of Rights* tersebut, di antaranya adalah hak atas perawatan medis yang baik, hak atas kontinuitas perawatan tersebut, hak untuk merahasiakan keterangan-keterangan medis, hak atas privasi, serta hak untuk menolak pengobatan-perawatan.¹⁹

Patient's Bill of Rights tersebut mengutamakan hak atas informasi, ternyata dapat dilihat dari ke-12 pasal ketentuan yang diaturnya itu, 8 di antaranya, mengatur tentang hak atas informasi. Ada dua hal yang penting dari keseluruhan *Patient's Bill of Rights* tersebut, yaitu yang tercantum dalam Pasal 2 dan Pasal 3.

Sebagai unsur dari hak atas informasi, maka selanjutnya *Patient's Bill of Right* tersebut dalam pasal-pasal berikutnya juga mengatur tentang hak pasien untuk menggugat atas.²⁰

- a) Informasi atas akibat-akibat medis apabila pasien menolak untuk sesuatu perawatan pengobatan tertentu;

19) Periksa Hermien Hadiati Koeswadji, 1984, *ibid.*, h. 63.

20) Periksa Hermien Hadiati Koeswadji, 1984, *ibid.*, h. 64.

- b) Informasi dan penjelasan mengapa ia (pasien) dibawa ke bagian lain,
- c) Informasi atas sifat eksperimental dari pengobatan sementara yang telah dilakukan,
- d) Informasi atas jadwal waktu berbicara (praktik) dari dokter tersebut,
- e) Informasi mengenai hubungan kerja antara perawat dan anggota medis yang lain dalam rangka perawatannya itu,
- f) Bagaimana sistem dan metode penyampaian informasi dalam susunan organisasi sesuatu rumah sakit,
- g) Adakah kemungkinan untuk mengecek kebenaran sesuatu rekening, (tarikan) oleh rumah sakit sehingga dimungkinkan untuk memperoleh informasi mengenai hal-hal yang kurang jelas, dan
- h) Informasi mengenai peraturan yang berlaku dalam rumah sakit yang dikenakan kepada pasien.

Patient's Bill of Rights dari Amerika Serikat tahun 1972 ini telah memengaruhi dan membawa angin baru bagi banyak negara-negara di dunia untuk mendorong adanya—dibentuknya perundang-undangan khusus sebagai pelaksanaanannya sehingga menimbulkan adanya amandemen terhadap Undang-Undang Federal tentang *Security Act* di Amerika Serikat.

Dalam bulan Januari 1973, lahirlah apa yang kemudian dikenal sebagai "*Report of the Secretary's Commission on Medical Malpractice*"²¹ di mana panitianya bertugas untuk memberikan nasihat kepada pemerintah mengenai keseluruhan problematik yang menyangkut pertanggung-

21) Periksa Hermien Hadiati Koeswadji, 1984, *ibid.*, h. 65.

jawaban (tanggung gugat) medis dan daripadanya diharapkan dapat memberikan saran-saran untuk perbaikan. Dalam hal ini, maka yang menjadi pokok permasalahan adalah kewajiban untuk memberikan informasi medis kepada pasien. Dalam kaitannya dengan hak atas informasi pasien ini, maka tidak hanya dibahas mengenai konsekuensi keperdataan yang diakibatkan karena tidak hanya dibahas mengenai konsekuensi keperdataan yang diakibatkan karena tidak adanya persetujuan untuk perawatan (*informed consent*), tetapi bahkan telah dirumuskan jalan keluar yang bersifat fundamental dalam rangka kaitannya dalam hak informasi.

Sebuah kasus yang terjadi pada tahun 1905 antara **Mohr vs Williams**,²² kasus posisinya secara singkat ialah mengenai sebuah operasi telinga yang dilakukan terhadap **Anna Mohr**. **Anna Mohr** menyetujui operasi terhadap telinga kanan karena infeksi. Namun, setelah dia berada di bawah *narkose*, ternyata bahwa telinga kirinya juga menderita infeksi, bahkan lebih berat daripada telinga kanannya. Dokter **Williams** mengambil kesimpulan dan melakukan juga operasi atas telinga kirinya karena menurut pengamatannya, pada telinga kiri **Anna Mohr** tersebut lebih berat dan menyebabkan ia menjadi tuli. Pengadilan telah bertolak dari pendapat bahwa operasi yang dilakukan tanpa persetujuan pasien tidak dapat dibenarkan dan memberikan perumusan sebagai berikut:

"Every person has a right to complete immunity for his person from physical interference from other (...). Any unlawful or unauthorized touching of the person except it be in the spirit of pleasantry constitutes an assault and battery."

22) Fons Dekkers, h. 48, yang mengutip dari 104 NW 12, Minn, 1905, CH. 8, h. 54. Dalam Hermien Hadiati Koeswadji, 1984, *ibid.*, h. 73.

Ajaran mengenai (*informed consent*) ini jelas masih diikuti dalam kasus yang terjadi pada tahun 1914, antara *Schloendorff Society vs New York Hospital*, yang di dalam *arrest*-nya pengadilan, antara lain, mengatakan bahwa:

"Every human being of adult years and sound mind has a right to determine what will be done with his own body and a surgeon who performs an operation without his patient's consent commits an assault for which he is liable in damages."

Kasus posisinya adalah mengenai seorang pasien wanita yang menyetujui atas pemeriksaan lambungnya di bawah *narkose* di mana secara tegas dia menyatakan bahwa tidak boleh dilakukan sesuatu operasi atasnya. Namun, segera setelah ia sadar dari pembiusan, dia menyadari bahwa ternyata telah dilakukan operasi terhadap jaringan tumor yang melekat pada lambungnya. Pengadilan telah menyimpulkan bahwa sebetulnya operasi menghilangkan jaringan tumor dari lambung tersebut tidak begitu *urgent* sehingga seharusnya ditangguhkan sampai mendapat persetujuan dari pasien yang bersangkutan. Oleh karena itu, dokter tersebut telah dituduh melakukan *battery*.²³

Pengertian *assault* dan *battery* dirumuskan sebagai sesuatu yang menunjukkan adanya kesengajaan *opzet* untuk melakukan kekerasan atau melukai orang lain yang mengakibatkan melukai integritas kepribadian orang tersebut. *Assault* dan *battery*, dengan demikian merupakan kejahatan dan sekaligus juga merupakan pelanggaran terhadap hukum (orang lain) atau yang lazim disebut sebagai *onrechtmatige daad* (perbuatan melanggar hukum), yang di Amerika Serikat lazimnya disebut sebagai *tort*

23) Periksa pendapat Fons Dekkers dalam Hermien Hadiati Koeswadji, 1984, *ibid.*, h. 73.

sehingga kepada pelaku dapat dituntut penggantian kerugian.²⁴

2) *Pengertian hak atas informasi*

Hak untuk menentukan nasib sendiri tidak akan terwujud secara optimal jika tidak didampingi oleh hak atas informasi. Karena keputusan akhir mengenai penentuan nasibnya sendiri itu dapat diberikan jika untuk pengambilan keputusan tersebut memperoleh informasi yang lengkap tentang segala untung dan ruginya apabila sesuatu keputusan telah diambil. Atas kedua hak tersebut itulah, pada dasarnya hak pasien bertumpu.

Sebagaimana telah dikemukakan di atas, maka hak atas informasi ini dalam dokumen internasional tidak dirumuskan secara tegas, tetapi dapat disimpulkan dari beberapa ketentuan yang mengatur secara umum mengenai hak untuk menentukan nasib sendiri, baik apa yang disebut dalam *The Universal Declaration of Human Rights* 1948, *The United Nations International Covenant on Civil and Political Right* 1966 maupun dalam *The European Convention for the Protection of Human Rights* dari tahun 1953.

Jika dari ketentuan-ketentuan yang mengatur tentang hak-hak asasi tersebut disimpulkan, pada dasarnya hak atas informasi dapat mengandung arti beberapa hal, yaitu:²⁵

24) Bandingkan dengan Hermien Hadiati Koeswadji, 1984, *ibid.*, h. 74. Bahwa Prof. Hermien Hadiati Koeswadji mempunyai pendapat yang berbeda dari Fons Dekkers karena sistem hukum di Eropa berbeda dengan sistem hukum di Amerika. *Tort* (Amerika) berbeda dengan *onrechtmatige daad* (Eropa). *Tort* timbul dari pelanggaran terhadap kewajiban umum (*the infraction of some public duty*), sedangkan *onrechtmatige daad* timbul karena persetujuan (*verbinten* atau *transactie*) menurut hukum perdata. *Assault* dan *battery* merupakan suatu kejahatan yang terletak dalam bidang hukum pidana, sedangkan *onrechtmatige daad* merupakan pelanggaran dalam bidang hukum perdata.

25) Periksa Hermien Hadiati Koeswadji, 1984, *ibid.*, h. 58.

- a) Mengandung arti normatif bagi setiap individu yang sadar akan arti dan makna hak atas informasi tersebut. Pengertian hak atas informasi dalam artinya yang pertama ini sering kali dipergunakan dalam hubungannya dengan pers dan publikasi;
- b) Dari arti hak atas informasi yang pertama tersebut oleh para pemuka masyarakat atau pimpinan masyarakat sering kali diperluas menjadi pada lembaga-lembaga politik sehingga hak atas informasi dapat merupakan suatu cita-cita politik;
- 3) Hak atas informasi dapat merupakan hukum dasar apabila secara tegas dirumuskan dalam undang-undang dasar suatu negara atau dalam perundang-undangan organik lainnya, ataupun sudah menjadi kesadaran politik yang kuat yang berurat dan berakar dalam kesadaran hukum masyarakat suatu negara walaupun tidak tertuang dalam suatu ketentuan (hukum) tertulis;
- d) Hak atas informasi juga dapat diartikan sebagai persyaratan dalam hubungannya dengan etika profesi—jabatan medis;
- e) Hak atas informasi dapat juga merupakan akibat dari kewajiban untuk memberikan informasi yang oleh hukum pidana diberikan sanksi apabila dilanggar; dan
- f) Hak atas informasi dapat juga timbul karena hubungan keperdataan yang harus dipenuhi sehingga apabila tidak dipenuhi, dapat mengakibatkan gugatan atau penuntutan ganti rugi.

Hak atas informasi, dengan demikian mengandung empat fungsi normatif bagi pasien, yaitu:²⁶

26) Periksa Hermien Hadiati Koeswadji, 1984, *loc. cit.*, h. 58.

- a) Informasi dapat berfungsi bagi seseorang berdasarkan alasan-alasan yang cukup dalam mengambil keputusan atas hidup dan kesejahteraan hidupnya;
- b) Ada beberapa informasi yang dapat dilimpahkan kepada pihak lain karena dalam beberapa hal akan menguntungkan bagi yang berkepentingan;
- c) Dapat juga informasi berfungsi bagi yang berkepentingan untuk mengadakan gugatan; dan
- d) Informasi juga dapat dilimpahkan kepada pihak-pihak, baik yang mempunyai kepentingan langsung maupun tidak langsung.

Fungsi pertama, kedua, dan ketiga mengandung ciri-ciri dasar apabila mencerminkan sifat dalam hubungan keperdataan.

Berkaitan dengan hak-hak asasi manusia, maka hak atas informasi ini termasuk dalam kategori hak asasi individual, dengan demikian, hak tersebut juga tidak dapat diganggu sehingga berakibat merugikan pengembal atau pendukungnya karena hak asasi tersebut lahir dari suatu hak dasar yang sangat prinsip sifatnya.

Dalam kaitan dengan pembicaraan kita dengan hukum dan masalah medis ini, maka hak atas informasi tersebut merupakan hak pasien. Hak pasien ini di negeri Belanda baru diperkenalkan oleh **JF. Rang** pada tahun 1973 di mana ia memberikan perumusan terhadap hak pasien tersebut sebagai:

*"Bagian dari hukum kesehatan yang khusus mengatur tentang hak dan kewajiban manusia yang bersangkutan dengan penerimaan perawatan kesehatan karena ia sakit atau mencegah agar ia tidak menjadi sakit."*²⁷

27) Periksa JF. Rang. *Patientenrecht, oratie, stafleu, laiden, 1973*. Dalam Hermien Hadiati Koeswadji, 1998, *op. cit.*, h. 59.

Apabila dikaitkan dengan hak asasi manusia, hak tersebut merupakan sebagian dari hak konsumen atas jasa pelayanan. Dalam pengertian hak pasien sebagaimana yang dirumuskan oleh **Rang** tersebut di atas mengandung suatu implikasi perhubungan hukum yang diadakan oleh dua pihak dan hak tersebut baru timbul jika salah satu pihak tidak memenuhi syarat sebagaimana yang telah dijanjikan.²⁸ Hubungan keperdataan yang timbul karena adanya suatu perjanjian antara dokter dan pasien untuk memberikan bantuan pertolongan dan dalam perjanjian tersebut diikatkan beberapa persyaratan. Jika persyaratan tersebut tidak dipenuhi oleh salah satu pihak, terhadap pihak yang tidak memenuhi persyaratan tadi dapat diajukan gugatan. Lazimnya persyaratan dalam hubungan perjanjian antara dokter dan pasien tidak secara eksplisit dituangkan dalam perumusan persyaratan perjanjian, tetapi dianggap telah terkandung di dalamnya sesuai dengan etik yang mengikuti dokter dalam menjalankan profesi jabatannya. Dalam hubungan tersebut, maka pengertian informasi pasien merupakan suatu bentuk pasien dari bentuk umum penerangan kepada pasien pada umumnya.

Penerangan pada pasien, menurut **Fons Dekkers**, dapat diartikan sebagai bantuan sistematis kepada si (mereka yang) sakit dengan cara komunikasi. Selanjutnya, dikatakannya juga bahwa dalam pengertian penerangan tersebut juga terkandung maksud dengan sengaja memberikan bantuan untuk mengambil keputusan melalui komunikasi tersebut. Dalam perumusan tersebut, sudah tersimpul pengertian pemberian pertolongan dalam mengambil keputusan. Dengan demikian, adalah menjadi kewajiban dokter untuk memberikan penerangan kepada

28) Periksa dan bandingkan dengan ketentuan Pasal 1320 dan 1363 BW.

pasien mengenai penyakit apa yang sedang dideritanya serta usaha-usaha yang dapat dilakukan untuk mencegah—menyembuhkannya, termasuk segala kemungkinan yang terjadi yang berupa efek sampingan yang timbul dari tindakan yang diambil itu. Penerangan (kepada) pasien ini, dengan demikian mencakup pengertian yang sangat luas, yaitu:²⁹

- a) penerangan (kepada) pasien,
- b) bimbingan—tuntunan (kepada) pasien,
- c) pendidikan (kepada) pasien, serta
- d) perintah—instruksi (kepada) pasien.

Informasi kepada pasien dapat meliputi arti yang sangat luas, yaitu segala pengetahuan yang dapat diberikan kepada pasien sehingga dapat juga diartikan sebagai pemberian pengetahuan. Sedangkan yang dimaksud dengan bimbingan—tuntunan kepada pasien merupakan suatu metode penerangan kepada pasien yang bermaksud untuk menolong pasien melalui komunikasi dalam menghadapi beban psikis yang mungkin timbul karena perawatan serta akibat-akibatnya, agar ia mampu mengatasi atau menghadapinya. Adapun yang dimaksud dengan pendidikan pasien adalah memberikan bantuan penerangan kepada pasien mengenai segala kemungkinan yang terjadi sehingga pasien siap dalam menghadapi dan menyesuaikan dengan keadaan dirinya. Instruksi kepada pasien dapat tertulis dan dapat pula tidak, dan dapat merupakan gerakan tangan yang dilakukan pada waktu pemeriksaan dan selama proses penyembuhan. Misalnya, "bernapaslah dalam-dalam", "enam jam sebelum operasi tidak boleh makan," dan sebagainya.

29) Periksa Hermien Hadiati Koeswadji, 1984, *op. cit.*, h. 60.

Pengertian informasi menurut beberapa orang sarjana tersebut, maka dapatlah disimpulkan bahwa dalam informasi tersebut terdapat hubungan kausalitas yang dapat membawa akibat negatif apabila informasi yang diberikan itu tidak sempurna atau lengkap. Dengan demikian, relevansi hubungan antara dokter dan pasien dibatasi oleh beberapa hal, yaitu:³⁰ Apa yang dari segi medis perlu diketahui oleh pasien; apa yang, baik dari segi medis maupun dari segi kemasyarakatan perlu diketahui oleh pasien; dan apa yang ingin diketahui oleh pasien.

Jika dikaitkan hubungan antara dokter dan pasien yang didasarkan dengan perjanjian, secara objektif jika ditinjau, baik dari segi medis maupun dari segi masyarakat selain semuanya itu demi kepentingan pasien, juga harus pasien itu sendiri yang menghendaki demikian. Dengan begitu, dapat disimpulkan bahwa pada prinsipnya, kehendak pasienlah yang merupakan hal yang harus diutamakan dan bukan kehendak orang lain, dalam hal ini dokter. Pasienlah yang memberikan perintah dan untuk itu ia membayar, maka juga harus mengetahui segala keterangan yang dia kehendaki, sepanjang hal itu menyangkut penyakitnya dan untuk perawatan (atas penyakitnya). Atas keterangan (informasi) yang lengkap itulah, ia menjadi mampu untuk mengambil keputusan mengenai nasibnya dan kesembuhannya.

Dari hubungan perjanjian antara dokter dan pasien tersebut, lahir hak dan kewajiban secara timbal balik dari pihak-pihak yang mengadakan perjanjian. Kalau pasien berhak atas segala informasi mengenai penyakit yang dideritanya sebab dengan informasi tersebut, ia akan mempertimbangkan dan akhirnya mengambil keputusan untuk menentukan nasibnya sendiri, di lain pihak dokter mem-

30) Periksa Hermien Hadiati Koeswadji, 1984, *ibid.*, h. 61.

punyai kewajiban untuk memberikan segala informasi yang ia ketahui serta alternatif-alternatif usaha untuk mengatasinya.

Selain dari kedua hak tersebut, hak-hak pasien yang lain adalah:

a. Hak memberikan persetujuan tindakan medis

Persetujuan tindakan medis (atau yang lebih dikenal dengan *informed consent*) merupakan hal yang sangat prinsip dalam profesi kedokteran jika ditinjau dari sudut hukum perdata ataupun pidana. Dari sudut perdata, hubungan profesional dokter dengan pasien merupakan suatu kontrak terapeutik dan dengan demikian hukum perikatan berlaku sepenuhnya, hanya saja perlu diingat bahwa kontrak terapeutik ini bukanlah perikatan berdasarkan hasil (*resultaatverbintenis*), melainkan termasuk dalam kategori perikatan berdasarkan upaya/usaha yang maksimal (*inspanningsverbintenis*). Dapat disebut wanprestasi (ingkar janji) jika salah satu pihak tidak melaksanakan, terlambat melaksanakan atau salah melaksanakan hal yang diperjanjikan.

Mengenai persyaratan izin dari pasien adalah: *Pertama*, pasien sungguh-sungguh berkeinginan menjalani prosedur medis yang dibicarakan. *Kedua*, terlepas dari keinginan dan keenggannya yang sebenarnya, pasien lewat sikapnya telah menunjukkan izin yang cukup bahwa hukum akan mendapati izin yang sah.³¹

Ketika pasien telah diputuskan secara hukum tidak cakap (mampu), izin perawatan harus dijamin dari wali pasien yang sah. Jika tidak ada pertimbangan hukum yang tak berwenang telah dibuat, izin suami istri/orang tua harus dipenuhi.

Pada beberapa kasus, izin akan "dinyatakan tidak langsung" oleh hukum meskipun tidak ada bukti keinginan yang sungguh

31) Periksa Joseph H. King, JR., 1986. *The Law of Medical Malpractice*. West Publishing Company, St. Paul, Minnesota, h. 131.

ataupun penjelmaan izin pasien yang cukup. Kejadian yang paling umum mencantumkan izin melibatkan keadaan darurat di mana pasien yang belum dewasa tak sadarkan diri, tidak cakap (mampu), atau lainnya, tak mampu mengadakan persetujuan.

Izin seseorang mungkin tidak sah ketika hal ini didapati adanya suatu paksaan atau penggambaran yang keliru, berhubungan dengan macam pelanggaran atau penyebaran bahaya, ketika pasien bertindak di bawah kesalahpahaman yang serius, terdakwa mengerti tentang masalah-masalahnya, atau pasien adalah anak yang belum dewasa, tidak berwenang, atau berada pada keadaan yang tidak jelas.³²

b. Hak untuk memilih dokter atau rumah sakit

Walaupun pada dasarnya setiap dokter dianggap memiliki kemampuan yang sama untuk melakukan tindak medis dalam bidangnya, pasien tetap berhak memilih dokter atau rumah sakit yang dikehendakinya. Hak ini dapat dilaksanakan oleh pasien, tentu saja dengan berbagai konsekuensi yang harus ditanggungnya, misalnya, masalah biaya.

c. Hak atas rahasia medis

Rumusan rahasia medis, seperti yang tercantum dalam beberapa literatur ialah:³³ Segala sesuatu yang disampaikan oleh pasien (secara sadar dan tidak sadar) kepada dokter dan segala sesuatu yang diketahui oleh dokter sewaktu mengobati dan merawat pasien.

Etika kedokteran menyatakan bahwa rahasia ini harus dihormati oleh dokter, bahkan setelah pasien itu meninggal.

32) Periksa Joseph H. King, JR, 1986, *ibid.*, h. 133. *The traditional rule, at least with respect to unemancipated minors, is that, absent an emergency requiring immediate treatment to save the patient, life or prevent serious bodily harm, the consent of the minor, parents or gurdian should be obtained prior to treatment.*

33) Periksa Soerjono Soekanto dan Herkutanto, 1987, *op. cit.*, h. 5.

d. Hak untuk menolak pengobatan atau perawatan serta tindakan medis

Beberapa penulis menyebut hak ini sebagai hak untuk memutuskan hubungan dokter dengan pasien dan hal ini memberikan keleluasaan kepada pasien untuk memperoleh alternatif tindakan medis yang lain. Hal ini merupakan perwujudan pasien untuk menentukan nasibnya sendiri (*the right of self determination*).

Dengan demikian, dokter/rumah sakit tidak boleh memaksa pasien untuk menerima suatu tindak medis tertentu, tetapi dokter harus menjelaskan risiko atau kemungkinan yang terjadi jika tindakan medis itu tidak dilakukan. Apabila setelah menerima penjelasan pasien tetap menolak, pasien harus menandatangani penolakan itu.

Dalam kategori ini, dapat dimasukkan hak pasien untuk menghentikan perawatan atau pengobatan atas dirinya meskipun tidak juga dapat diterapkan secara kaku (misalnya tidak ada lagi uang untuk membiayai pengobatan tersebut).

e. Hak atas pendapat kedua (*second opinion*)

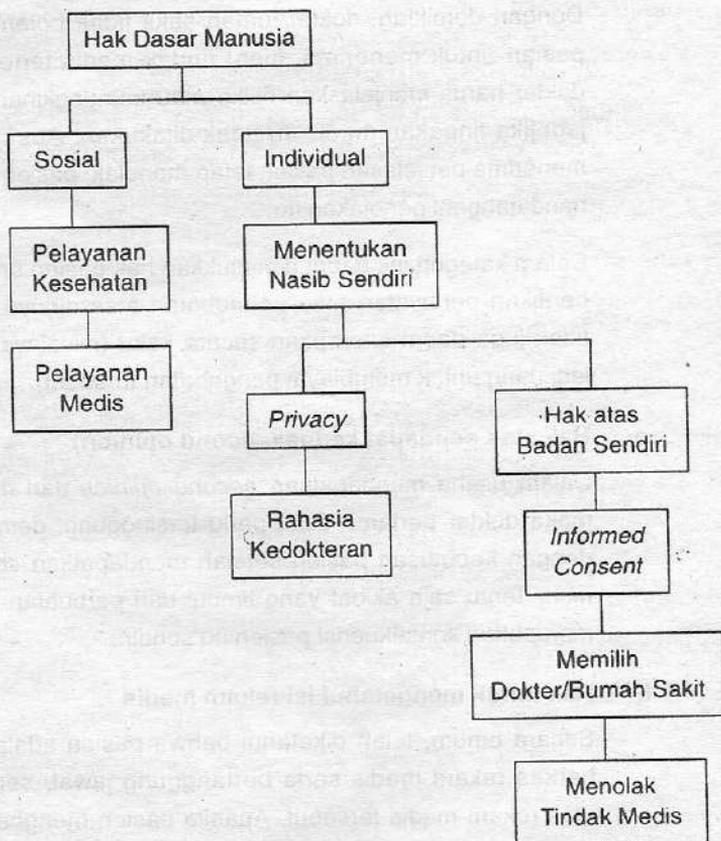
Dalam usaha mendapatkan *second opinion* dari dokter lain, maka dokter pertama tidak perlu tersinggung, demikian pula dengan keputusan pasien setelah mendapatkan *second opinion*. Tentu saja akibat yang timbul dari perbuatan pasien itu merupakan konsekuensi pasien itu sendiri.

f. Hak untuk mengetahui isi rekam medis

Secara umum, telah diketahui bahwa pasien adalah pemilik berkas rekam medis serta bertanggung jawab sepenuhnya atas rekam medis tersebut. Apabila pasien menghendaki keluarga atau pengacaranya untuk mengetahui isi rekam tersebut, pasien harus membuat izin tertulis atau surat kuasa untuk itu. Berdasarkan izin itu, dokter/rumah sakit dapat memberikan ringkasan atau fotokopi rekam medis tersebut meskipun

dokter atau rumah sakit harus tetap menjaga rekam medis tersebut dari orang yang tidak berhak. Di beberapa negara yang menganut kebebasan individu secara mutlak, hak ini dilaksanakan dengan ketat sehingga seorang suami (misalnya) tidak bisa demikian saja memperoleh rahasia medis istrinya.

Bagan 8
Skema Hak Pasien dalam Profesi Kedokteran³⁴



Sumber: **Chrisdiono M. Achadiat**, 1996, hal. 4.

34) Periksa Chrisdiono M. Achadiat, 1996, *op. cit.*, h. 4.

2. Kewajiban Pasien terhadap Dokter

Sebagai imbalan atas hak-hak yang dimiliki seseorang, maka kepadanya juga dibebani kewajiban-kewajiban yang harus dipenuhi karena pada hakikatnya, keseimbangan hak dan kewajiban adalah tolok ukur rasa keadilan terhadap diri seseorang. Dalam hal hubungan dari dua pihak, maka hak pihak yang satu akan diimbangi oleh kewajiban pihak yang lain, demikian pula sebaliknya.

Beberapa kewajiban pasien dalam profesi kedokteran, antara lain.³⁵

a. Kewajiban memberikan informasi medis

Sebagaimana telah diketahui, informasi medis yang diperoleh melalui wawancara atau *anamnesis* merupakan salah satu unsur utama dalam penegakan diagnosis penyakit yang diderita seorang pasien dan selanjutnya diagnosis ini sangat penting untuk menentukan suatu tindak medis. Apabila pasien secara sengaja menyembunyikan informasi atau memberikan informasi yang salah dan kemudian timbul cedera, dokter dapat terlepas dari kesalahan. Hal ini sangat erat pula kaitannya dengan apa yang disebut "itikad baik" dari pasien tersebut. Selain itu, berkaitan pula dengan *contributory negligence* di mana pasien turut terlibat dalam peristiwa kelalaian yang terjadi. Dalam hukum *contributory negligence* dapat merupakan salah satu bentuk peniadaan kesalahan terhadap suatu tuduhan kelalaian.

b. Kewajiban menaati petunjuk atau nasihat dokter

Kewajiban ini penting karena berkaitan langsung dengan keberhasilan tindak medis yang diambil dokter. Seperti halnya kewajiban memberikan informasi medis, segala akibat yang timbul karena tidak dipenuhinya petunjuk atau nasihat dokter, tentu terlepas dari tanggung jawab dokter yang merawatnya tersebut. Selain itu, dokter juga berhak memutuskan hubungan profesional dokter dengan pasien apabila dinilai bahwa kerja sama pasien sudah tidak ada

35) Periksa Chrisdiono M. Achadiat, 1996, *ibid.*, h. 7—9.

gunanya lagi. Di samping itu, kewajiban ini juga berkaitan dengan *contributory negligence* yang telah disebutkan tadi.

c. Kewajiban memenuhi aturan-aturan pada sarana kesehatan

Dalam hal ini, termasuk kewajiban menyelesaikan administrasi, keuangan, dan sebagainya. Juga termasuk hal-hal mengenai jam kunjungan, penunggu pasien, makanan yang boleh atau tidak boleh, dan lain-lain.

d. Kewajiban memberikan imbalan jasa kepada dokter

Kewajiban ini perlu ditegakkan untuk tercapainya kesebandingan hukum dalam hubungan dokter dengan pasien di mana segala jerih payah dokter harus dihargai dengan sepatutnya, sejauh keadaan pasien memungkinkan.

e. Kewajiban berterus terang

Apabila selama dalam perawatan dokter atau rumah sakit timbul masalah, misalnya, pasien tidak puas atas perawatan atau pengobatan yang diberikan, pasien wajib menyampaikannya pertama kali kepada dokter yang merawatnya itu. Beberapa penulis mengaitkan hal ini dengan itikat baik dan *fairplay* dari pasien terhadap dokternya.

f. Kewajiban menyimpan rahasia pribadi dokter yang diketahui

Beberapa penulis menyebutkan bahwa kewajiban ini sebenarnya merupakan kesejajaran dengan hak pasien untuk sendiri, yakni untuk rahasianya yang wajib disimpan oleh dokter. Sama halnya dengan kesulitan untuk merumuskan hak-hak pasien secara rinci, demikian pula halnya dengan kewajiban-kewajiban.

BAB VII

KELALAIAN MEDIS, MALPRAKTIK, DAN PENYEBAB SENGKETA MEDIS

A. KELALAIAN MEDIS

1. Definisi Kelalaian

- a. Definisi yang diperoleh dari sengketa *Bost vs Rilley* di *Hammon dan Caltamba Memorial* Rumah Sakit 1979 adalah:

*"Negligence is the lack of ordinary care. It is the failure to do what a reasonable careful and prudent person would have done or the doing of something which a reasonably person would not have done the occasion in question."*¹

Kelalaian adalah sikap kurang hati-hati menurut ukuran wajar. Karena tidak melakukan apa yang seorang dengan sikap hati-hati yang wajar akan melakukan atau sebaiknya melakukan apa yang seorang dengan sikap hati-hati yang wajar tidak akan melakukan di dalam situasi tersebut.

Dari definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa kelalaian mencakup dua hal, yaitu arena melakukan sesuatu yang seharusnya tidak dilakukan atau karena tidak melakukan sesuatu yang seharusnya dilakukannya.

- b. Kelalaian atau *negligence* menurut **Keeton**: *Medical Negligence—The Standard of Care* 1980² adalah suatu sikap—tindak

1) Periksa J. Guwandi. *Malpraktik Medis*, Penerbit FKUI, Jakarta, 1993, h. 4.

2) Periksa J. Guwandi, 1993, *loc. cit.*, h. 4.

yang oleh masyarakat dianggap menimbulkan bahaya secara tidak wajar dan diklasifikasikan demikian karena orang itu bisa membayangkan atau seharusnya membayangkan bahwa tindakan itu bisa mengakibatkan orang lain harus menanggung risiko dan bahwa sifat dari risiko itu sedemikian beratnya sehingga seharusnya ia bertindak dengan cara yang lebih hati-hati.

Secara umum, seseorang yang karena kelalaiannya sampai merugikan orang lain, dapat dianggap telah berbuat kesalahan. Tolok ukurnya adalah seseorang yang wajar (*reasonable man*), yang normal dan bersikap hati-hati sepantasnya menurut ukuran wajar, baik dalam urusan pribadi maupun dalam menjalankan profesinya. Untuk profesi dokter: "*a reasonable skilled doctor*". **Stolker** mengutip **Giesen** yang mengatakan bahwa dari seorang dokter diharapkan bahwa:

"That he should show a fair, reasonable and competent degree of skill."

Jika seorang dokter tidak mencapai norma ini, pada prinsipnya bertanggung jawab untuk kerugian yang ditimbulkan karena tindakannya (*the carrying out of treatment can be contra lege artis [malpractice] if it is done without the proper and reasonable standard of skill, care and competence of the medical profession*).

Setiap anggota masyarakat, termasuk profesi dokter harus tunduk dan menaati norma-norma teliti dan hati-hati (*oplettendheid of zorgvuldigheid*) yang wajar dianut di dalam masyarakat. Adalah fungsi hukum untuk mengadakan tata tertib di dalam masyarakat sedemikian rupa sehingga hubungan manusia berjalan lancar. Seorang dokter bisa dianggap bertanggung jawab terhadap *professional negligence* jika sikap atau perbuatannya tidak berdasarkan standar yang umum berlaku dalam profesinya sehingga pasien sampai cidera karena kelalaiannya (juga karena tidak termasuk standar). Seseorang bagi anggota masyarakat dalam segala tindakan harus men-

jaga agar jangan sampai merugikan atau mencelakakan sesama anggota masyarakat, baik dalam urusan pribadinya (mengendarai mobil) maupun sampai pada melaksanakan tugas profesinya. Ciri dari kelalaian adalah kurang berpikir, kurang tahu (*ignorance*), dan kurang bijaksana dibandingkan dengan rata-rata dokter pada umumnya.

Ilmu pengetahuan terus berkembang, termasuk ilmu kedokteran. Adalah kewajiban seorang dokter untuk mengikuti perkembangan kalau ia tidak mau tertinggal. Dan kalau karena tertinggal ilmunya sampai mengakibatkan pasien menderita cedera, tindakan itu juga bisa termasuk kelalaian. Dilihat dari segi etik pun demikian. KODEKI Pasal 18 mencantumkan:

"Setiap dokter, hendaklah senantiasa mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan tetap setia kepada cita-cita yang luhur."

Contoh-contoh kelalaian, misalnya, seorang dokter kurang perhatian dalam memeriksa pasien wanita dengan keluhan sakit perut. Diberi obat dan disuruh pulang. Jika dokter itu lebih teliti memeriksanya, ia akan mengetahui bahwa wanita itu sedang hamil tua dan hampir melahirkan. Begitu sampai di rumah, wanita itu harus kembali lagi untuk melahirkan.

Contoh lain: menelantarkan seorang pasien yang seharusnya diberikan pengobatan. Dokter tidak datang untuk mengatasi pasien yang sedang dalam taraf *pre-shock* walaupun sudah diberitahukan oleh perawat.

2. Unsur-Unsur Kelalaian Medis

Dalam literatur hukum kedokteran negara Anglo Saxon, antara lain, pendapat Taylor, dikatakan bahwa seorang dokter baru dapat dipersalahkan dan digugat menurut hukum apabila ia sudah memenuhi 4 D, yaitu:³

- a. *duty* (kewajiban);

3) Periksa J. Guwandi, 1991, *Hukum dan Rumah Sakit*, FKUI, Jakarta, h. 48—49.

- b. *dereliction of that duty* (penyimpangan kewajiban);
- c. *damage* (kerugian); dan
- d. *direct causal relationship* (berkaitan langsung).

Duty atau kewajiban bisa berdasarkan perjanjian (*ius contractu*) atau menurut undang-undang (*ius delicto*). Juga kewajiban dokter untuk bekerja berdasarkan standar profesi. Kini adalah kewajiban dokter untuk memperoleh *informed consent*, dalam arti wajib memberikan informasi yang cukup dan dapat dimengerti oleh pasien sebelum mengambil tindakannya. Informasi itu mencakup, antara lain, risiko yang melekat pada tindakan, yaitu: kemungkinan timbul efek samping, alternatif lain (jika ada), apa akibatnya jika tidak dilakukan, dan sebagainya. Peraturan tentang persetujuan tindakan medis (*informed consent*) sudah diatur di dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 585 Tahun 1989.

Rasio dari kewajiban ini adalah sebagai akibat perkembangan hak asasi manusia dalam bentuk otonomi (*self determination*). Ini berakar dari suatu keputusan Hakim **Benjamin Cardozo**, yang terkenal ucapannya:

*"Every human being of adult of years and sound mind has a right to determine what shall be done with his body; and a surgeon who performs an operation without his patient's consent commits an assault, for which he is liable in damages."*⁴

Dereliction of that duty berarti mengabaikan, menelantarkan sehingga mengakibatkan timbulnya kerugian kepada pasien. Istilah lain ialah *breach of duty* atau wanprestasi. Wanprestasi mengandung arti tidak memenuhi standar profesi medis. Standar profesi medis menuntut bahwa seorang dokter spesialis, misalnya, harus memiliki tingkat kepandaian dan menjalankan profesinya, setidaknya-tidaknya menurut dokter spesialis rata-rata dari profesi spesialis itu dengan memerhatikan juga perkembangannya (*to possess and exercise that degree of skill and care of the average member of the profession practicing the specialty, taking into account the advances in the profession*").

4) Periksa J. Guwandi, 1991, *ibid.*, h. 49.

Penentuan adanya penyimpangan dari standar profesi medis adalah sesuatu yang harus didasarkan atas fakta-fakta secara kasuistis yang harus dipertimbangkan oleh para ahli dan saksi ahli. Namun, sering kali pasien mencampuradukkan antara akibat dan kelalaian. Bahwa timbul akibat negatif atau keadaan pasien yang tidak bertambah baik belum membuktikan adanya kelalaian. Kelalaian itu harus dibuktikan dengan jelas. Harus dibuktikan dahulu bahwa dokter itu telah melakukan suatu *breach of duty for care*.

Namun, jika dokter telah memakai suatu metode yang berlainan belum membuktikan adanya kelalaiannya jika belum terbukti bahwa cara yang ditempuh tidak sesuai dengan cara praktik yang diterima secara umum. Apabila terdapat dua aliran (*schools of thought*), kedua-duanya dapat diterima.

Damage berarti kerugian yang diderita pasien itu harus berwujud dalam bentuk fisik, finansial, emosional, atau berbagai dalam kategori kerugian lainnya. Di dalam kepustakaan, dibedakan antara: kerugian umum (*general damages*), termasuk kehilangan pendapatan yang akan diterima, biaya rumah sakit, serta biaya pembelian obat; dan kerugian khusus (*spesial damages*), yaitu berupa kesakitan, penderitaan, rasa cemas, dan gelisah.

Sebaliknya, jika tidak ada kerugian (*damages*), juga tidak ada penggantian kerugian. Masih ada perbedaan pendapat tentang *emotional damages*, apakah dapat digugat ganti kerugian atau tidak karena istilah emosional bisa ditafsirkan sangat luas.

Direct causal relationship berarti harus ada hubungan kausal antara tindakan yang dilakukan dan kerugian yang diderita. Penggugat harus membuktikan bahwa terdapat suatu *breach of duty* bahwa penyimpangan itu merupakan sebab (*proximate cause*) dari kerugian/luka yang diderita pasien. Hal ini adalah sesuatu yang tidak mudah dilakukan oleh pasien.

Sementara itu, dalam literatur negara *continental*, misalnya, dari Prof. W.B. van der Mijn juga menyinggung soal *The Three Elements of Civil Liability*, yang berarti atas: *culpability*, *damages*, dan *causal relationship*. Jika dibandingkan, dapat terlihat ada kesamaan dalam pendirian antara ke-

dua sarjana tersebut. Hanya Mijl tidak menyinggung soal *duty* (kewajiban) sebagai unsur. Mungkin dianggap sudah secara otomatis, termasuk di dalamnya sehingga dirasakan tidak perlu dimasukkan lagi.

Kelalaian dirumuskan sebagai "sikap tindak yang jauh di bawah standar yang ditentukan oleh hukum untuk perlindungan orang lain terhadap risiko cedera yang sewajarnya tidak harus terjadi".

Untuk dapat menuntut penggantian karena kelalaian, maka penggugat harus dapat membuktikan adanya unsur-unsur tersebut adalah:⁵

- a. Adanya suatu kewajiban pada dokter terhadap pasien,
- b. Dokter itu telah melanggar standar pengobatan yang biasa dipakai,
- c. Penggugat telah menderita kerugian yang dapat dimintakan ganti-rugi, dan
- d. Secara faktual kerugian itu disebabkan oleh tindakan yang di bawah standar umum.

Dengan beberapa pengecualian, beban untuk membuktikan adanya unsur-unsur tersebut dibebankan kepada penggugat.

"Negligence has been defined as conduct which falls below the standard established by law for the protection of others against unreasonable risk of harm."

In order to recover for negligent malpractice, the plaintiff must establish the following elements:

- a. *That a duty of care was owed by the physician to the patient,*
- b. *That the physician violated the applicable standard of care,*
- c. *That the plaintiff suffered a compensable injury and,*
- d. *That such injury was caused in fact and proximately caused by the substandard conduct.*

*Subject to few exceptions, the burden of proving these elements is on the plaintiff.*⁶

5) Periksa J. Guwandi, 1993, *op. cit.*, h. 5.

6) Periksa J. Guwandi, 1993, *ibid.*, h. 5.

3. Tolok Ukur Kelalaian Medis

a. Tinjauan dari segi hukum pidana

Seseorang dapat dikatakan mempunyai kesalahan jika ia pada saat melakukan perbuatan itu, dilihat dari segi masyarakat dapat dicela karenanya. Artinya ialah mengapa ia melakukan perbuatan yang merugikan masyarakat itu, padahal ia mampu untuk mengetahui makna (jelek) perbuatan tersebut, dan oleh karena itu seharusnya dapat menghindari untuk berbuat demikian. Apabila ia toh melakukannya, ini berarti ia memang sengaja melakukan perbuatan tersebut. Oleh karena itu, celaannya menjadi: mengapa ia melakukan perbuatan yang ia mengerti akan berakibat merugikan masyarakat. Ia mengetahui kalau perbuatannya itu dilarang, tetapi toh ia lakukan juga.

Kealpaan/kelalaian terjadi apabila seseorang melakukan perbuatan itu karena ia alpa/lalai terhadap kewajiban yang menurut tatanan kehidupan masyarakat yang berlaku seharusnya/sepertutnya tidak dilakukan olehnya. Oleh karena itu, mengapa ia tidak melakukan kewajiban-kewajiban yang seharusnya/sepertutnya dilakukan sehingga masyarakat tidak dirugikan. Dalam keadaan yang demikian itulah terjadi kealpaan/kelalaian.

Yang dimaksud dengan kesengajaan ialah perbuatan yang diinsafi, dimengerti, dan diketahui sebagai demikian sehingga tidak ada unsur salah sangka/salah paham. Dengan demikian, untuk adanya unsur kesalahan, harus ada hubungan yang erat antara keadaan batin pelaku dan perbuatan yang dilakukan. Keadaan batin pelaku itulah yang menyertai perbuatannya sehingga menimbulkan perbuatan tercela yang berupa kesengajaan dan atau kealpaan/kelalaian. Oleh karena itu, dalam kepustakaan disebutkan bahwa kesengajaan (*dolus*) dan kealpaan, atau kelalaian (*culpa*) merupakan bentuk-bentuk kesalahan.

Aliran modern menyatakan bahwa inti kesalahan terletak dalam penilaian dari keadaan psikologis yang menjadi ukuran, bagaimana hakim menilai keadaan batin pelaku berdasarkan fakta yang ada, baik sebelum maupun sesudah kejadian.

Dari segi terminologi bahasa, kealpaan mengandung arti kekeliruan, yaitu bahwa sikap batin orang yang menimbulkan keadaan yang dilarang itu bukannya menentang larangan tersebut, dia bukannya menghendaki atau menyetujui timbulnya hal yang terlarang itu, melainkan karena kesalahannya, kekeliruannya dalam batin sewaktu berbuat sehingga menimbulkan keadaan yang dilarang itu karena ia kurang mengindahkan larangan itu. Dari perbuatannya itu ia telah alpa, lalai, atau teledor.⁷

Kepustakaan menyebutkan bahwa kealpaan mengandung dua syarat: tidak mengadakan penduga-duga sebagaimana yang diharuskan oleh hukum dan tidak mengadakan penghati-hati sebagaimana yang diharuskan oleh hukum.

Yang dimaksudkan dengan tidak mengadakan penduga-duga dapat terjadi karena dua kemungkinan:

- 1) Pelaku delik berpikir bahwa akibat tidak akan terjadi karena perbuatannya itu. Padahal, bahwa pandangannya itu kemudian ternyata tidak benar. Dalam hal demikian, telah terjadi kealpaan yang disadari (*bewuste culpa*). Pelaku delik tidak mengadakan penduga-duga lebih dulu, itu terletak dalam kesalahan pikir atau pandang yang seharusnya dapat ia singkirkan. Kemungkinan ini diinsafi, tetapi tetap dilakukan juga karena ia percaya akan kebenaran pandangan atau pikirannya.
- 2) Pelaku delik sama sekali tidak mempunyai pikiran bahwa akibat yang dilarang itu mungkin dapat terjadi karena perbuatannya. Dalam hal ini telah terjadi kealpaan yang tidak disadari (*onbewuste culpa*). Dan, tidak mengadakan penduga-duga karena tidak adanya pikiran sama sekali bahwa akan terjadi akibat yang fatal karena perbuatannya itu.⁸

Yang dimaksud dengan tidak mengadakan penghati-hati ialah bahwa pelaku delik tidak mengadakan penelitian serta usaha-usaha *preventive* yang

7) Periksa Hermien Hadiati Koeswadji, 1998, *op. cit.*, h. 141.

8) Periksa Hermien Hadiati Koeswadji, 1998, *ibid.*, h. 141.

mungkin dapat menjadi kenyataan jika dalam kondisi tertentu atau dalam caranya melakukan perbuatan itu akibat tersebut dapat terjadi. Masalahnya ialah apakah pelaku delik tersebut yang dalam keadaan tertentu menurut ukuran yang berlaku dalam pergaulan hidup masyarakat pada umumnya dipandang sudah benar.

Apabila seseorang melakukan suatu perbuatan dan perbuatan itu menimbulkan suatu akibat yang dilarang dan diancam dengan hukum oleh peraturan perundang-undangan walaupun perbuatannya itu tidak dilakukan dengan sengaja, orang itu seharusnya dapat berbuat lain sehingga tidak menimbulkan akibat yang dilarang atau bahkan sama sekali tidak melakukan perbuatan itu. Dengan demikian, dalam menentukan apakah seseorang telah berbuat tidak hati-hati ialah kalau orang tersebut dapat berbuat lain agar akibat yang dilarang oleh peraturan perundang-undangan dan diancam dengan hukuman itu tidak timbul. Dalam hal demikian, maka yang menjadi tolok ukur adalah pikiran dan kemampuan orang tersebut untuk menentukan, apakah setiap orang yang termasuk dalam kategori yang sama dengannya dan dalam kondisi yang sama serta dengan sarana yang sama akan berbuat lain. Apabila orang lain yang termasuk kategori yang sama, akan berbuat sama dengan dia, dapat dikatakan ada kelalaian atau kealpaan. Namun, sebaliknya jika orang lain tersebut akan berbuat lain dengan apa yang dilakukan olehnya, dapat dikatakan bahwa ia telah berbuat kurang hati-hati, lalai, dan alpa.⁹

Perumusan ini juga dapat diterapkan dalam menentukan kapan seseorang dapat dikatakan telah berbuat "tidak mengadakan penduga-duga" atau tidak dapat membayangkan akan timbulnya suatu akibat (yang dilarang dan diancam dengan hukuman oleh suatu perundang-undangan) dari perbuatannya itu. Artinya ialah, apakah orang lain yang termasuk dalam kategori atau tidak. Apabila orang lain itu tidak dapat membayangkan akan timbulnya akibat tersebut, dalam hal demikian dapat dikatakan telah ada kealpaan atau kelalaian.¹⁰

9) *Ibid.*

10) Periksa Hermien Hadiati Koeswadi, 1998, *ibid.*, h. 143.

Mengenai unsur tidak adanya alasan pemaaf pada seseorang untuk dapat dikatakan apakah ia bersalah atau tidak ialah adanya fungsi batin yang tidak normal pada waktu orang tersebut melakukan perbuatan itu, disebabkan adanya tekanan yang berasal dari luar dirinya sehingga ia dalam keadaan terpaksa dan tidak mungkin berbuat lain. Dalam hal demikian, maka perbuatannya itu tidak dapat dicela. Unsur inilah yang dalam hukum pidana tersebut sebagai alasan pemaaf.

Dari uraian tersebut, dapat disimpulkan bahwa kealpaan atau kelalaian hakikatnya mengandung tiga unsur, yaitu: pelaku berbuat (atau tidak berbuat, *het doen of het niet doen*), lain daripada apa yang seharusnya ia berbuat (atau tidak berbuat) sehingga dengan berbuat demikian (atau tidak berbuat) telah melakukan perbuatan melawan hukum. Unsur kedua pelaku telah berbuat lalai, lengah, atau kurang berpikir panjang. Unsur ketiga perbuatan pelaku tersebut dapat dicela dan oleh karena itu, pelaku harus mempertanggungjawabkan akibat yang terjadi karena perbuatannya itu.¹¹

Hukum pidana, terutama bertujuan mengadakan keamanan dan ketertiban di dalam masyarakat (*openbare rust en orde*). Hanya terhadap tindakan yang bisa menggelisahkan atau membahayakan masyarakat, baru diadakan larangan berikut sanksinya sebagai tindakan represif. Sanksinya, bukan lagi pengganti kerugian, melainkan hukuman badan sehingga dapat dirasakan lebih berat.

b. Tinjauan dari segi hukum perdata

Tinjauan dari segi hukum perdata, dalam kaitannya dengan kesalahan atau kelalaian dalam melaksanakan profesi berawal dari hubungan antara dua pihak, yaitu dokter dan pasien, yang dalam hubungan hukum perdata dapat berkedudukan sebagai penggugat dan tergugat. Antara penggugat dan tergugat (dokter dan pasien) telah terjadi hubungan hukum, yang oleh **Hippocrates** disebutkan sebagai transaksi terapeutik. Transaksi terapeutik tersebut telah terjadi kesepakatan di antara kedua belah pihak untuk masing-masing akan memenuhi syarat-syarat, sebagaimana telah diper-

11) *Ibid.*

janjikan. Dalam hal ini, masing-masing pihak, baik dokter maupun pasien mempunyai hak dan kewajiban secara timbal balik, yaitu dokter akan mengupayakan kesembuhan dan pasien akan memberikan imbalan atas upaya yang telah dilakukan oleh dokter tersebut. Gugatan oleh pasien dapat terjadi dalam hal dokter (sebagai pihak yang digugat, tergugat) tidak memenuhi apa yang telah dijanjikan. Tidak dipenuhinya janji tersebut karena tidak menguasai keluhan pasien yang dapat disebabkan sama sekali tidak dipenuhi atau janji tersebut dipenuhi, tetapi tidak sesuai dengan yang telah dijanjikan, atau dipenuhi, tetapi lain dengan apa yang telah dijanjikan sehingga pasien merasa dirugikan.¹²

Di dalam kepustakaan tolok ukur kelalaian (*negligence*) untuk hukum perdata, ternyata berbeda dengan hukum pidana. Hal ini dapat dikatakan berlaku universal, baik di negara Anglo Saxon maupun negara *Continental*. Hal ini dapat dilihat pada dua buah kutipan, yaitu:¹³

1) **Prof. W.B. van der Mijn:**

"In civil liability major guilt is not the crucial point, in contrast to the situation in criminal liability. Minor guilt may already lead to liability."

2) **Dari Leahy Taylor:**

"Civil negligence is a tort which consist of a failure to exercise a duty of care resulting in damage. The redress which the court will award to a succesful plaintiff is such sum as is deemed to compensate for the damage suffered. From this is follows that in civil negligence the degree of negligence is immaterial. If a doctors act or omission is deemed by the court to have been negligence, and if serious harm results, then no matter how slight the doctors fault, heavy damages will be awarded."

"Conversely, gross carelessness which does not lead to any harm will not ground a case in civil law, or to put it in another way, it would give the patient a very good claim to nothing."

-
- 12) Periksa *Mukadimah Kode Etik Kedokteran Indonesia*, dalam Ratna Suprapti Samil, Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta, 1980, h. 52.
- 13) Periksa J. Guwandi, *Etika dan Hukum Kedokteran*, Penerbit FKUI, Jakarta, 1991, h. 51.

*Blyth vs. Birmingham Waterworks, (1856) 11 Law Reports, Exchequer
Diffusion 781, 785. Donoghue vs Stevenson, 1932.*

"Negligence in the civil sense differs from negligence in the criminal sense. In the civil sense it embodies the idea of a legal duty which is breached by conduct which is unreasonable when it is assessed against accepted standard."¹⁴

Berlainan halnya pada hukum pidana yang menganut prinsip: Barang siapa merugikan orang lain harus memberi ganti kerugian. Setiap orang harus berusaha dan menjaga agar tindak-tanduknya tidak sampai mengakibatkan kerugian bagi orang lain. Apabila menerbitkan kerugian, harus memberi ganti kerugian kepada orang yang dirugikan oleh perbuatannya. Tidak mengherankan jika ukuran tingkat kelalaian menjadi tidak relevan lagi karena suatu kesalahan kecil pun bisa mengakibatkan kerugian yang besar. Yang penting ialah tidak adanya kerugian dan apakah kerugian yang ditimbulkan itu adalah karena kelalaiannya.

B. MALPRAKTIK MEDIS

1. Definisi Malpraktik

Istilah asing *malpractice* menurut **Daris Peter Salim** dalam *"The Contemporary English Indonesia Dictionary"*, berarti perbuatan atau tindakan yang salah. *Malpractice* juga berarti praktik buruk¹⁵ yang menunjukkan pada setiap sikap tindak yang keliru. Sedangkan menurut **John M. Echols** dan **Hassan Sadily**, dalam *Kamus Inggris—Indonesia*, *malpractice* berarti cara pengobatan pasien yang salah. Adapun ruang lingkupnya mencakup kurangnya kemampuan untuk melaksanakan kewajiban-kewajiban profesional atau didasarkan pada kepercayaan.¹⁶

14) Periksa J. Guwandi, 1993, *op. cit.*, h. 6.

15) Periksa J. Guwandi, *Perkara Tindak Medis (Medical Malpractice)*, Kompas, 5 Mei 1987.

16) Periksa Soerjono Soekanto, "Beberapa Catatan tentang Hukum Malpraktik", Kompas, 8 Januari 1985.

Dalam bahasa Belanda, disebut dengan istilah *kunsthout* (seni salah) merupakan suatu tindakan medis yang dilakukan tidak sengaja, tetapi di sini ada unsur lalai yang tidak patut dilakukan oleh seorang ahli dalam dunia medis dan tindakan mana yang mengakibatkan sesuatu yang fatal (misalnya mati, cacat karena lalai, lihat Pasal 359, 360, dan 361 Kitab Undang-Undang Hukum Pidana¹⁷).

Dari beberapa pengertian tentang *malpractice* tersebut di atas, kiranya dapat diperjelas dengan pengertian *malpractice* yang penulis kutipkan dari buku *The Dentist and the Law*, yang ditulis oleh **Charles Wendell Carnahan**, yang berbunyi:

"What is malpractice?"

"In a general sense malpractice is bad practice, a failure to comply with the standards set by the profession."

"From the stand point of a patient who has sustained an injury, it may cover the range on incidents from diagnosis through operation and after treatment."¹⁸

Valentin vs La Society de Bienfaisance Mutuelle de Los Angeles, California, App. 2d 1, 172 P. 2d 359, 1956.

"Malpractice is the neglect of a physician or nurse to apply that degree of skill and learning in treating and nursing a patient which is customarily applied in treating and caring for the sick or wounded similarly in the same community."

Steadman's Medical Dictionary:

"Malpractice is mistreatment of a disease or injury through ignorance, carelessness, or criminal intent."

Coughlin's Dictionary of Law:

"Malpractice = professional misconduct on the part of a professional person, such as a physician, engineer, lawyer, accountant, dentist, veterinarian."

17) Periksa Ninik Mariyanti, *Malpraktik Kedokteran dari Segi Hukum Pidana dan Perdata*, Penerbit Bina Aksara, Jakarta, 1988, h. 37.

18) Periksa Charles Wendell Carnahan, *The Dentist and the Law*, CV Mosby Company, Second Printing, United States of America, 1955, h. 121—122.

"Malpractice may be the result of ignorance, neglect or lack of skill or fidelity in the performance of professional duties; intentional wrong doing; or illegal or unethical practice."

Black's Law Dictionary:

"Any professional misconduct, unreasonable lack of skill. This term is usually applied to such conduct by doctors, lawyers, and accountants. Failure of one rendering professional services to exercise that degree of skill and learning commonly applied under all the circumstances in the community by the average prudent reputable member of the profession with the result of injury, loss or damage to the recipient of those services or to those entitled to rely upon them. It is any professional misconduct, unreasonable lack of skill or fidelity in professional or judiciary duties, evil practice or illegal or immoral conduct."

The Oxford Illustrated Dictionary, 2nd ed, 1975:

"Malpractice = wrongdoing; (law) improper treatment of patient by medical attendant; illegal action for ones own benefit while in position of trust."

Dengan demikian, malpraktik ini sebenarnya mempunyai suatu pengertian yang luas, yang bisa dijabarkan sebagai berikut:¹⁹ Dalam arti umum, suatu praktik (khususnya praktik dokter) yang buruk, yang tidak memenuhi standar yang telah ditentukan oleh profesi; dan dalam arti khusus dilihat dari pasien malpraktik dapat terjadi dalam: menentukan diagnosis, menjalankan operasi, selama menjalankan perawatan, dan sesudah perawatan.

Dibandingkan dengan perumusan perundang-undangan di Indonesia, maka ketentuan yang hampir sama tentang malpraktik terdapat di dalam Undang-Undang Nomor 6 Tahun 1963 tentang Tenaga Kesehatan, yaitu pada Pasal 11:

- (1) Dengan tidak mengurangi ketentuan-ketentuan di dalam Kitab Undang-Undang Hukum Pidana dan peraturan-peraturan perundang-undangan lain, maka terhadap tenaga kesehatan dapat dilakukan tindakan-tindakan administratif,
- (2) Melalaikan kewajiban,

19) Periksa Ninik Maryanti, 1988, *op. cit.*, h. 38—39.

- (3) Melakukan suatu hal yang seharusnya tidak boleh diperbuat oleh seorang tenaga kesehatan, baik mengingat sumpah jabatannya maupun mengingat sumpah sebagai tenaga kesehatan, dan
- (4) Melanggar sesuatu ketentuan menurut atas berdasarkan undang-undang ini.

Jika dianalisis undang-undang tersebut di atas, dapat disimpulkan bahwa: butir (1) dan butir (2) kedua-duanya dapat digolongkan termasuk kelompok *negligence*. Butir (1) adalah mengenai tindakan yang tidak dilakukan yang seharusnya dilakukan dan, butir (2) mengenai tindakan yang dilakukan yang seharusnya tidak dilakukan. Butir (3) adalah mengenai tindakan yang bersifat kesengajaan dan dilarang oleh peraturan perundang-undangan (malpraktik dalam arti sempit).

Definisi secara hukum dari malpraktik medis dapat diungkapkan dalam banyak cara,²⁰ sebagai suatu penyimpangan dari standar praktik medis yang diterima dan diakui atas kespesialisasian medis yang dibicarakan menurut keadaan-keadaan khusus yang menyebabkan suatu luka. Sering kali didefinisikan dari sudut pandang kewajiban kepada pasien. Dalam usaha untuk menjelaskan malpraktik medis kepada juri, hakim yang cenderung untuk ingin mengetahui tentang definisi-definisi mereka. Seorang hakim mungkin menguraikan malpraktik menurut pembelajarannya (perintah) kepada juri dalam satu atau cara berikut:

Malpraktik (*malpractice*) berasal dari kata *mal* yang berarti buruk, serta *practice* yang berarti tindakan atau praktik. Dengan demikian, yang dimaksud dengan malpraktik tidak lain adalah tindakan (medis) dan atau praktik (kedokteran) yang buruk. Pada saat ini, batasan lengkap tentang malpraktik banyak macamnya. Beberapa di antaranya yang dipandang cukup penting adalah.²¹

- 20) Periksa Walter G. Alton, *Malpractice, How to Avoid How to Win*, Penerbit Little Brown and Company, USA, 1977.
- 21) Periksa Azrul Azwar, *Kriteria Malpraktek dalam Profesi Kesehatan*, Makalah yang disampaikan dalam Kongres Nasional IV PERHUKI di Surabaya, 26—27 Juli 1996, h. 1—2.

- a. Malpraktik adalah setiap kesalahan profesional yang diperbuat oleh dokter karena pada waktu melakukan pekerjaan profesionalnya, tidak memeriksa, tidak menilai, tidak berbuat, atau meninggalkan hal-hal yang akan diperiksa, dinilai, diperbuat, atau dilakukan oleh para dokter pada umumnya, di dalam situasi dan kondisi yang sama.
- b. Malpraktik adalah setiap kesalahan yang diperbuat oleh dokter karena melakukan pekerjaan kedokteran di bawah standar yang sebenarnya secara rata-rata dan masuk akal, dapat dilakukan oleh setiap dokter dalam situasi apa pun tempat yang sama.
- c. Malpraktik adalah setiap kesalahan profesional yang diperbuat oleh seorang dokter, yang di dalamnya termasuk kesalahan karena perbuatan-perbuatan yang tidak masuk akal serta kesalahan karena keterampilan ataupun kesetiaan yang kurang dalam menyelenggarakan kewajiban dan ataupun kepercayaan profesional yang dimilikinya.

Malpraktik merupakan istilah yang sifatnya sangat umum dan tidak harus selalu berkonotasi yuridis.²² Berasal dari kata 'mal', yang berarti salah dan 'praktik', yang berarti pelaksanaan atau tindakan yang salah. Meskipun arti harfiahnya demikian, tetapi lazimnya istilah tersebut hanya digunakan untuk menyatakan adanya tindakan yang salah dalam rangka pelaksanaan suatu profesi (*professional misconduct*). Sedangkan profesi mempunyai makna tersendiri yang tidak sama dan sebangun dengan pekerjaan atau mata pencaharian walaupun dalam batas yang wajar dapat dimanfaatkan untuk mencari nafkah, seperti profesi medis ataupun hukum. Tindakan dari tenaga kesehatan yang salah dalam rangka pelaksanaan profesi di bidang kedokteran disebut malpraktik medis (*medical malpractice*). Mengingat di setiap profesi berlaku norma etika dan hukum, maka kesalahan praktik juga dapat diukur atau dilihat dari sudut pandang kedua norma tadi. Kesalahan dari sudut pandang etika disebut *ethical malpractice* dan dari sudut pandang hukum disebut *juridical malpractice*.

22) Periksa Sofwan Dahlan, 2000, *op. cit.*, h. 59.

Karena antara etika dan hukum terdapat perbedaan-perbedaan yang menyangkut substansi, otorita, tujuan, dan sanksi, maka ukuran normatif yang dipakai untuk menentukan *ethical malpractice* dan *juridical malpractice* dengan sendirinya juga berbeda. Yang jelas, tidak setiap *ethical malpractice* merupakan *juridical malpractice*, tetapi semua bentuk *juridical malpractice* sudah pasti merupakan *ethical malpractice*. Hal ini sejalan dengan apa yang dikemukakan oleh **Lord Chief Justice Coleridge** dalam kasus *R. vs Instan*, tahun 1893, yaitu:

"It would not be correct to say that every moral obligation involves a legal duty, but every legal duty is founded on a moral obligation."

Untuk *juridical malpractice* masih dibagi lagi menjadi tiga kategori, sesuai bidang hukum yang dilanggar, yaitu *criminal malpractice* (malpraktik pidana), *civil malpractice* (malpraktik perdata), dan *administrative malpractice*.

2. Kriteria Malpraktik

a. Criminal malpractice²³

Suatu perbuatan dapat dikategorikan *criminal malpractice* jika memenuhi rumusan delik pidana. *Pertama*, perbuatan tersebut (baik *positive act* maupun *negative act*) harus merupakan perbuatan tercela (*actus reus*). *Kedua*, dilakukan dengan sikap batin yang salah (*mens rea*), yaitu berupa kesengajaan (*intentional*), kecerobohan (*recklessness*), ataupun kealpaan (*negligence*).

Contoh dari *criminal malpractice* yang bersifat *recklessness*, antara lain, melakukan tindakan medis yang tidak *lege artis*, melakukan tindakan medis tanpa *informed consent*.

Sedangkan contoh dari *criminal malpractice* yang bersifat *negligence* adalah: alpa atau kurang hati-hati sehingga meninggalkan gunting dalam perut pasien, alpa atau kurang hati-hati sehingga pasien menderita luka-luka (termasuk cacat) atau meninggal dunia.

23) Periksa Sofan Dahlan, 2000, *op. cit.*, h. 60.

Pada *criminal malpractice*, tanggung jawabnya selalu bersifat individual (bukan korporasi) dan personal (hanya pada yang melakukan). Oleh sebab itu, tidak dapat dialihkan kepada orang lain atau pada rumah sakit.

Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, ketentuan pidana diatur secara khusus dalam Bab X yang terdiri atas tujuh pasal. Walaupun pasalnya relatif sedikit, ternyata perilaku yang diatur cukup luas. Cakupan perilaku yang dapat dikenakan sanksi pidana menurut undang-undang ini dapat dikategorikan sebagai berikut:

- 1) Tindak pidana terhadap nyawa.²⁴ Tindak pidana yang termasuk dalam kategori ini merupakan tindak pidana yang tidak secara eksplisit dirumuskan dalam Undang-Undang tentang Kesehatan. Akan tetapi, dalam Pasal 83, dirumuskan adanya alasan pemberat pidana, yakni tambahan sepertiga pidana maksimum jika ke semua tindak pidana di atas, mengakibatkan kematian seorang pasien.

Pada intinya, tindak pidana menyebabkan matinya orang ini yang dapat dipidana menurut undang-undang ini mencakup, antara lain:

- a) Melakukan tindakan medis tertentu terhadap ibu hamil yang tidak memenuhi ketentuan (Pasal 80 ayat (1) jo. Pasal 15 ayat (1) dan (2));
- b) Membiarkan pemeliharaan kesehatan tanpa memenuhi persyaratan administratif (Pasal 80 ayat (2) jo. Pasal 66 ayat (2) dan (3));
- c) Melakukan transplatasi organ tubuh atau jaringan tubuh atau transfusi darah untuk tujuan komersial (Pasal 80 ayat (2) jo. Pasal 33 ayat (2));

24) Periksa Harkristuti Harkrisnowo. "Hukum Pidana dan Hukum Acara Pidana dalam Penanganan Tindak Pidana Medis". Makalah yang disampaikan pada Kursus Singkat Tenaga Penanganan Dini Konflik Etikolegal dan Sengketa Medis di Rumah Sakit, yang diselenggarakan oleh PERSI di Jakarta, 16—19 April 2001, h. 4—5.

- d) Melakukan transplatasi organ tubuh atau jaringan tubuh tanpa memiliki keahlian dan kewenangannya (Pasal 81 ayat (1a) jo. Pasal 34 ayat (1));
- e) Melakukan implan alat kesehatan tanpa memiliki keahlian dan kewenangan (Pasal 81 ayat (1b) jo. Pasal 36 ayat (1));
- f) Melakukan bedah plastik dan rekonstruksi tanpa memiliki keahlian dan kewenangannya (Pasal 81 ayat (1c) jo. Pasal 37 ayat (1));
- g) Mengambil organ donor tanpa memerhatikan kesehatan donor dan atau tanpa persetujuan donor dan ahli waris, atau keluarganya (Pasal 8 ayat (2a) jo. Pasal 40 ayat (2));
- h) Melakukan pengobatan dan atau perawatan tanpa keahlian dan kewenangannya (Pasal 82 ayat (1a) jo. Pasal 32 ayat (4));
- i) Melakukan transfusi darah tanpa keahlian dan kewenangannya (Pasal 82 ayat (1b) jo. Pasal 35 ayat (1)); dan
- j) Melakukan upaya kehamilan di luar cara alami yang telah ditentukan (Pasal 82 ayat (2a) jo. Pasal 16 ayat (2)).

2) Tindak pidana terhadap tubuh.²⁵ Tindak pidana dalam kategori ini sama halnya bentuk-bentuk dengan tindak pidana terhadap nyawa di atas, tetapi yang tidak berakibat kematian pasien, hanya mengakibatkan sakit atau luka. Sanksi pidananya lebih ringan, yakni ditambahkan seperempat dari pidana maksimum yang diancamkannya.

Kedua kategori dalam kategori di atas, dapat dikaitkan dengan ketentuan yang ada dalam Kitab Undang-Undang Hukum Pidana, utamanya:

- a) Pasal 359, menyebabkan orang mati karena salahnya (atau kealpaannya).

25) Harkristuti Hakrisnowo, 2001, *ibid.*, h. 5—6.

- b) Pasal 360, menyebabkan orang luka berat atau luka sehingga sakit sementara atau tidak dapat bekerja sementara karena salahnya.

Unsur 'karena salahnya' merupakan suatu unsur konstitutif yang harus dibuktikan di pengadilan. Dalam hal ini, harus diperhatikan setidaknya dua hal, yakni:

- (1) tidak ada kehati-hatian dan
- (2) dapat menduga/membayangkan akibatnya.

Dalam hal ini, sangat diperlukan keterangan saksi ahli yang tentunya berasal dari dunia kedokteran, juga karena masalah teknis kedokteran tidak mungkin dikuasai, baik oleh jaksa maupun hakim.

- c) Pasal 348, mengenai pengguguran kandungan (aborsi), yang apabila dilakukan oleh dokter, sanksi pidananya ditambah dengan sepertiga, sebagaimana dirumuskan dalam Pasal 349. Dalam Rancangan Kitab Undang-Undang Hukum Pidana, ketentuan ini dipertahankan dengan alasan sebagai berikut:

"ketentuan dalam pasal ini secara khusus mengancam pidana yang lebih berat kepada pembuat yang mempunyai profesi dokter, bidang, atau juru obat, mengingat profesi mereka sedemikian mulia bagi kemanusiaan, yang seharusnya tetap dijaga untuk tidak dilakukan perbuatan tersebut."²⁶ Akan tetapi, jika dilakukan dengan indikasi medis, dokter tersebut tidak dapat dipidana, demikian ayat (2) Pasal 482 yang menegaskan alasan penghapusan pidana.

- d) Pasal 344, mengenai menghilangkan nyawa orang lain atas permintaan orang itu sendiri (*euthanasia*).

Dua pasal yang disebut terakhir ini, berbeda dengan Pasal 359 dan Pasal 361 sebelumnya, menunjukkan adanya kehendak

26) Periksa Rancangan Kitab Undang-Undang Hukum Pidana Departemen Hukum dan Perundang-Undangan, Jakarta, 2000, h. 131, penjelasan-lihat Pasal 482.

dan niat dari dokter yang bersangkutan untuk melakukan perbuatan termaksud. Oleh karena itu, ia dapat dipertanggungjawabkan sepenuhnya atas tindakan itu apabila semua unsur-nya dibuktikan telah dipenuhi.

- e) Pasal 322, mengenai membuka rahasia jabatan.
- 3) Tindak pidana yang berkenaan dengan tindakan medis semata untuk tujuan komersial (misalnya transplatasi organ atau jaringan tubuh dan transfusi darah).
- 4) Tindak pidana yang berkenaan dengan pelaksanaan tindakan medis tanpa keahlian atau kewenangan.
- 5) Tindak pidana yang berkenaan dengan tidak dipenuhinya persyaratan administratif, misalnya:
 - (a) tidak memiliki izin operasional, dan
 - (b) tidak memiliki persetujuan donor, ahli waris, atau keluarganya.
- 6) Tindak pidana yang berkenaan dengan hak atas informasi.
- 7) Tindak pidana yang berkenaan dengan produksi serta pengedaran alat kesehatan dan sediaan farmasi.

b. Civil malpractice²⁷

Disebut *civil malpractice* jika dokter tidak melaksanakan kewajibannya, yaitu tidak memberikan prestasinya sebagaimana yang telah disepakati dan dokter melakukan perbuatan yang melawan hukum.

Contohnya, seorang dokter ahli kandungan sepakat menolong sendiri persalinan seorang wanita sesuai keinginan wanita tersebut di suatu rumah sakit swasta. Mengingat pembukaan jalan lahir baru mencapai satu sentimeter, maka dokter meninggalkannya untuk suatu keperluan yang diperkirakan tidak lama. Ketika dokter tiba kembali di tempat, ternyata pasien telah melahirkan dalam keadaan selamat dengan dibantu oleh dokter lain. Dalam kasus seperti ini, dokter dapat digugat atas dasar *civil malpractice*

27) Periksa Sofwan Dahlan, 2000, *op. cit.*, h. 60.

untuk membayar ganti rugi *immaterial*, yaitu perasaan cemas selama menunggu kedatangan dokter yang sangat dipercayainya.

Tindakan dokter yang dapat dikategorikan *civil malpractice*, antara lain:

1) *Dokter melakukan wanprestasi*

Dokter melakukan wanprestasi, yaitu:

- a) tindakan melakukan (*negative act*) apa yang menurut kesepakatanannya wajib dilakukan,
- b) melakukan apa (*positive act*) yang menurut kesepakatanannya wajib dilakukan, tetapi terlambat,
- c) melakukan apa yang menurut kesepakatanannya wajib dilakukan, tetapi tidak sempurna, dan
- d) melakukan apa yang menurut kesepakatanannya tidak seharusnya dilakukan.

2) *Dokter melakukan perbuatan yang melawan hukum*

Pada *civil malpractice*, tanggung gugat (*liability*) dapat bersifat individual atau korporasi. Selain itu, dapat pula dialihkan kepada pihak lain berdasarkan *principle of vicarious liability (respondeat superior, borrowed servant)*. Dengan prinsip ini, maka rumah sakit dapat bertanggung gugat atas kesalahan yang dilakukan dokter-dokternya (subordinatnya), asalkan dapat dibuktikan bahwa tindakan dokter itu dalam rangka melaksanakan kewajiban rumah sakit.

Doktrin ini sebenarnya baru mulai diterapkan di Amerika sejak kasus *Darling vs Charleston* di *Community Memorial Hospital* tahun 1965. Sebelumnya, tak pernah ada rumah sakit dihukum ganti rugi atas dasar *doctrine of charitable immunity* sebab menghukum rumah sakit sama artinya dan mengurangi aset rumah sakit yang pada akhirnya akan mengurangi kemampuannya untuk menolong masyarakat.

Sejak kasus tersebut, pandangan praktisi hukum mulai berubah, apalagi sekarang banyak rumah sakit yang sudah melupakan fungsi sosialnya serta dikelola sebagaimana layaknya sebuah perusahaan. Selain itu, dalam

untuk membayar ganti rugi *immaterial*, yaitu perasaan cemas selama menunggu kedatangan dokter yang sangat dipercayainya.

Tindakan dokter yang dapat dikategorikan *civil malpractice*, antara lain:

1) *Dokter melakukan wanprestasi*

Dokter melakukan wanprestasi, yaitu:

- a) tindakan melakukan (*negative act*) apa yang menurut kesepakatan wajib dilakukan,
- b) melakukan apa (*positive act*) yang menurut kesepakatannya wajib dilakukan, tetapi terlambat,
- c) melakukan apa yang menurut kesepakatannya wajib dilakukan, tetapi tidak sempurna, dan
- d) melakukan apa yang menurut kesepakatannya tidak seharusnya dilakukan.

2) *Dokter melakukan perbuatan yang melawan hukum*

Pada *civil malpractice*, tanggung gugat (*liability*) dapat bersifat individual atau korporasi. Selain itu, dapat pula dialihkan kepada pihak lain berdasarkan *principle of vicarious liability (respondeat superior, borrowed servant)*. Dengan prinsip ini, maka rumah sakit dapat bertanggung gugat atas kesalahan yang dilakukan dokter-dokternya (subordinatnya), asalkan dapat dibuktikan bahwa tindakan dokter itu dalam rangka melaksanakan kewajiban rumah sakit.

Doktrin ini sebenarnya baru mulai diterapkan di Amerika sejak kasus *Darling vs Charleston* di *Community Memorial Hospital* tahun 1965. Sebelumnya, tak pernah ada rumah sakit dihukum ganti rugi atas dasar *doctrine of charitable immunity* sebab menghukum rumah sakit sama artinya dan mengurangi aset rumah sakit yang pada akhirnya akan mengurangi kemampuannya untuk menolong masyarakat.

Sejak kasus tersebut, pandangan praktisi hukum mulai berubah, apalagi sekarang banyak rumah sakit yang sudah melupakan fungsi sosialnya serta dikelola sebagaimana layaknya sebuah perusahaan. Selain itu, dalam

rangka melaksanakan manajemen risiko, banyak rumah sakit sudah mulai memanfaatkan jasa asuransi (*malpractice insurance*) untuk melindungi mereka dari kemungkinan gugatan ganti rugi yang jumlahnya semakin hari semakin spektakuler.

c. Administrative malpractice²⁸

Dikatakan *administrative malpractice* jika dokter melanggar hukum tata usaha negara. Perlu diketahui bahwa dalam rangka melaksanakan *police power* (*the power of the state to protect the health, safety, morals, and general welfare of its citizens*) yang menjadi kewenangannya, pemerintah berhak mengeluarkan berbagai macam peraturan di bidang kesehatan, misalnya, tentang persyaratan bagi tenaga kesehatan untuk menjalankan profesi medis, batas kewenangan, serta kewajibannya. Apabila aturan tersebut dilanggar, tenaga kesehatan yang bersangkutan dapat dipersalahkan.

Contoh tindakan yang dapat dikategorikan sebagai *administrative malpractice*, antara lain:

- 1) menjalankan praktik kedokteran tanpa lisensi atau izin,
- 2) melakukan tindakan medis yang tidak sesuai dengan lisensi atau izin yang dimiliki,
- 3) melakukan praktik kedokteran dengan menggunakan lisensi atau izin yang sudah kedaluwarsa,
- 4) tidak membuat rekam medis.

Menurut peraturan yang berlaku, seseorang yang telah lulus dan diwisuda sebagai dokter tidak secara otomatis boleh melakukan pekerjaan dokter. Ia harus lebih dahulu mengurus lisensi agar memperoleh kewenangan untuk melakukan pekerjaan dokter. Perlu dipahami bahwa tiap-tiap jenis lisensi memerlukan *basic science* dan mempunyai batas kewenangan sendiri-sendiri. Tidak dibenarkan melakukan tindakan medis melampaui batas kewenangan yang telah ditentukan. Meskipun seorang dokter ahli

28) *Ibid.*, h. 62.

kandungan mampu melakukan operasi amandel, tetapi lisensinya tidak membenarkan ia melakukan tindakan tersebut. Jika ketentuan tersebut dilanggar, dokter dapat dianggap melakukan *administrative malpractice* dan dapat dikenai sanksi administratif, misalnya, berupa pembekuan lisensi untuk sementara waktu.

3. Teori-Teori Malpraktik

a. Teori sumber perbuatan malpraktik

Di dalam buku *The Law of Hospital and Health Care Administration* yang ditulis oleh **Arthur F. Southwick**, dikemukakan ada tiga teori yang menyebutkan sumber dari suatu perbuatan malpraktik, yaitu:²⁹

1) Teori pelanggaran kontrak

Teori pertama yang mengatakan sumber perbuatan malpraktik adalah karena terjadinya pelanggaran kontrak ini berprinsip bahwa secara hukum seorang dokter tidak mempunyai kewajiban merawat seseorang jika di antara keduanya tidak terdapat suatu hubungan kontrak antara dokter dan pasien. Umpamanya di dalam suatu kecelakaan lalu lintas, seorang dokter yang kebetulan berada di tempat sebagaimana dengan halnya orang lain yang lewat di situ, sama-sama mempunyai kewajiban etik untuk memberikan pertolongan kepada sesama manusia. Namun, secara hukum ia tidak wajib berbuat demikian atau dengan kata lain, secara hukum seorang dokter tidak diharuskan berlaku sebagai seorang Samaritan (*Good Samaritan*). Kode etik kedokteran dalam kaitannya dengan masalah ini mengatakan bahwa dalam keadaan gawat darurat, maka seorang dokter diharapkan berusaha

29) Ny. Umie R. Lengkong, "Beberapa Teori Mengenai Malpraktik", *Kompas*, 5 Mei 1987. Dalam Ninik Maryanti, 1988, *op. cit.*, h. 44.

sebaik mungkin memberikan jasa sesuai dengan profesi yang dimilikinya.

Sehubungan dengan teori hukum ini, hubungan antara dokter dan pasien baru terjadi apabila telah terjadi kontrak di antara kedua belah pihak tersebut. Sebagai contoh, seorang penderita datang menemui seorang dokter untuk berobat, ini berarti bahwa penderita tersebut telah menawarkan suatu hubungan kontrak (*express contract*).

Akan tetapi, kalau dokter tersebut, misalnya, dalam hal ini menyarankan agar penderita berobat kepada dokter yang sudah biasa merawatnya atau merujuk penderita kepada dokter lain, yang dianggap mempunyai keahlian untuk mengobati penderita, ini berarti dokter tersebut menolak tawaran kontrak dari penderita yang bersangkutan. Oleh karena itu, dokter tersebut tidak mempunyai tanggung jawab terhadap penderita tersebut.

Sebagai contoh, kasus malpraktik yang terjadi di Amerika Serikat dan bagaimana aparat penegak hukum menyelesaikan masalah hukumnya. Kasus *Child vs Weis*. Seorang wanita hamil tujuh bulan dari Dallas (AS) merasakan sakit akan melahirkan dan mengalami pendarahan ketika sedang mengunjungi kota lain. Kemudian, dia mendatangi ruang gawat darurat di kota tersebut dan diperiksa oleh seorang juru rawat. Perawat ini kemudian menelepon dan memberitahukan kasus wanita hamil tersebut kepada dokter rumah sakit, yang ternyata menyarankan agar wanita hamil tersebut menemui dokternya sendiri di Dallas. Akan tetapi, 1 jam kemudian lahirlah bayi itu di dalam mobil dan 12 jam sesudah itu, bayi tersebut meninggal dunia.

Dalam tuntutan malpraktik yang diajukan ke pengadilan, sidang memutuskan bahwa dokter rumah sakit tidak bertanggung jawab atas wanita hamil tersebut karena di

antara keduanya tidak terjalin suatu hubungan kontrak dokter dengan pasien sehingga tidak terdapat tindakan pelanggaran kontrak. Dalam kasus ini, pengadilan berpendapat bahwa meskipun Dokter Weis bertugas memberikan pertolongan gawat darurat, ini bukan berarti bahwa di antara dia dan wanita hamil itu terdapat hubungan kontrak dokter dengan pasien. Hal ini disebabkan rumah sakit tersebut tidak mengharuskan dokternya untuk menemui semua pasien yang tiba di ruang gawat darurat.

Contoh kasus seperti tersebut di atas, kalau dihubungkan dengan teori pertama, sumber perbuatan malpraktik, kasus ini tidak mengena karena pengadilan menilai bahwa dalam hal ini tidak terdapat adanya hubungan kontrak antara dokter dan pasien sehingga di sini tidak pernah terjadi pelanggaran kontrak.

Lain halnya jika pada mulanya telah terjadi hubungan kontrak antara dokter dan pasien. Misalnya, seorang penderita mendatangi seorang dokter guna pemeriksaan atau perawatan (*express contract*), kemudian dokter memeriksa penderita tersebut dan bersedia untuk merawatnya, maka di antara keduanya telah terjadi hubungan kontrak dokter dengan pasien (*implied contract*). Dalam keadaan demikian, dokter wajib memberikan perawatan yang sebaik-baiknya kepada pasien. Membiarkan seorang pasien keluar dari rumah sakit karena telah sembuh, padahal kenyataannya belum (*premature discharge*) merupakan pelanggaran kontrak atau menelantarkan (*abandonment*).

Contoh terjadinya pelanggaran kontrak ini adalah dalam kasus *Stewart vs Ruden* dan *Bunyan*. Kasus ini terjadi ketika seorang dokter berjanji mencarikan seorang ahli penyakit kandungan (*Obstetrician*) untuk membantu kelahiran bayi secara *caesar*. Penderita berumur 37 tahun dan telah dua kali mengalami keguguran sehingga dia

sangat mendambakan seorang bayi. Akan tetapi, tatkala wanita itu sedang dalam proses melahirkan, sang dokter minta ahli kandungannya untuk menolongnya, tetapi tidak menyebutkan sama sekali bahwa ia telah berjanji pada pasien akan ditolong secara caesar. Setelah cukup lama menderita sakit, akhirnya bayi lahir, tetapi meninggal. Dalam hal ini, pengadilan memutuskan bahwa dokter tersebut telah melanggar kontraknya terhadap pasien.

Contoh kasus lainnya adalah kasus *Sullivan vs O'Conner*. Seorang artis mengadakan hubungan kontrak dokter dan pasien dengan seorang dokter, untuk operasi plastik guna memperindah hidungnya yang terlalu panjang. Dokter menjanjikan akan membuat pasien lebih cantik sehingga penampilannya akan lebih baik dan sebagainya. Namun, ternyata operasi plastik yang dimaksud mengalami kegagalan. Operasi dilakukan lagi hingga dua kali berturut-turut, tetapi hasilnya telah menghasilkan bentuk hidung yang lebih buruk dari sebelumnya.

Dalam kasus ini, keputusan dimenangkan oleh gugatan malpraktik pasien terhadap dokter tersebut meskipun pengadilan di lain pihak mengakui bahwa "kesediaan" dokter tersebut untuk mengoperasi bukanlah berarti memberikan jaminan bahwa hasilnya sudah pasti harus baik.

Atas dasar teori pertama, sumber perbuatan malpraktik, yaitu adanya pelanggaran kontrak, maka kedua contoh kasus terakhir di atas tersebut, termasuk dalam kategori malpraktik karena di situ telah terjadi hubungan kontrak antara dokter dan pasien, yang kemudian sang dokter melakukan pelanggaran atas kontrak yang dibuatnya.

Sehubungan dengan adanya hubungan kontrak dokter dengan pasien ini, tidak berarti bahwa hubungan dokter dengan pasien itu selalu terjadi dengan adanya kesepakatan bersama, dalam keadaan penderita tidak sadar

diri ataupun keadaan gawat darurat umpamanya, seorang penderita tidak mungkin memberikan persetujuannya. Padahal, menurut peraturannya, seorang dokter yang bertugas di ruang gawat darurat berkewajiban untuk menolong penderita gawat darurat.

Apabila terjadi situasi yang demikian ini, persetujuan atas kontrak dokter dengan pasien dapat diminta dari pihak ketiga, yaitu keluarga penderita yang bertindak atas nama dan mewakili kepentingan anggota. Jika hal ini juga tidak mungkin, misalnya, penderita gawat darurat tersebut datang tanpa keluarga dan hanya di antar orang lain yang kebetulan telah menolongnya, demi kepentingan penderita menurut perundang-undangan yang berlaku, seorang dokter diwajibkan memberikan pertolongan yang sebaik-baiknya. Tindakan dokter ini secara hukum telah dianggap sebagai perwujudan kontrak dokter dengan pasien (*implied contract*).

Sehubungan dengan teori pertama, sumber perbuatan malpraktik ini, salah satu masalah penting yang berkaitan dengan adanya hubungan hukum dokter-pasien adalah "persetujuan" dari pasien untuk dirawat dokter. Sementara seseorang merasa dirinya kurang sehat atau menghendaki pemeriksaan kesehatannya pergi ke seorang dokter dan menyatakan kehendaknya secara tegas atau implisit untuk dirawat, persetujuan orang itu sudah ada. Dengan demikian, dokter tersebut melaksanakan perawatan atas dasar persetujuan pasien.

2) *Teori perbuatan yang disengaja*

Teori kedua yang dapat dipakai oleh pasien sebagai dasar untuk menggugat dokter karena perbuatan malpraktik adalah kesalahan yang dibuat dengan sengaja (*intentional tort*), yang mengakibatkan seseorang secara fisik mengalami cedera (*assault and battery*).

Kasus malpraktik menurut teori kedua ini, dalam arti yang sesungguhnya jarang terjadi dan dapat digolongkan sebagai tindakan kriminal atas dasar unsur kesengajaan. Sehubungan dengan teori ini, **Ny. Umie** memberikan beberapa contoh kasus, antara lain, contoh kasus *Mohr vs Williams*, bahwa penderita telah setuju dioperasi untuk membuang polip dari telinga sebelah kanan. Setelah pembiusan anastesia, ahli bedah telah menemukan polip telinga di sebelah kiri, yang oleh ahli tersebut dianggap lebih perlu untuk dioperasi. Dokter bedah akhirnya memutuskan tidak jadi mengoperasi sebelah kanan karena beralih untuk mengoperasi telinga sebelah kiri, tanpa sepengetahuan atau persetujuan penderita.

Kasus lain yang dikemukakan adalah kasus seorang pasien yang menjalani operasi usus buntu. Kemudian, merasakan sakitnya dan segera konsultasi ke dokter bedahnya. Dokter bedah menyatakan bahwa semua keadaan pasien normal, kemudian dokter tersebut menarik diri dari kasus tersebut.

Penderita kemudian menghubungi dokter lain yang kemudian memberitahukan bahwa telah terjadi komplikasi yang sebetulnya bermula semenjak pembedahan dan yang seharusnya telah diobati sejak semula.

Kasus ini dianggap sebagai tindakan menelantarkan pasien (*abandonment*) di mana telah terjadi pelanggaran kontrak dan kelalaian (*negligence*). Pasien dapat menuntut dokter bedah tersebut karena telah gagal mempraktikkan keahliannya guna memberikan suatu perawatan yang layak. Di samping itu, kasus ini dapat pula dianggap sebagai suatu perbuatan dan kesalahan yang disengaja.

Dengan demikian, kasus tersebut di atas merupakan kasus yang timbul dari gabungan teori pertama dan kedua dari sumber perbuatan malpraktik.

3) *Teori kelalaian*

Teori ketiga menyebutkan bahwa sumber perbuatan malpraktik adalah kelalaian (*negligence*).

Contoh kasus yang berdasarkan teori ini, antara lain, seorang anak berumur 12 tahun, tangannya patah karena mengikuti suatu kegiatan olahraga di sekolahnya. Ia harus menunggu selama 6 jam di ruang gawat darurat di sebuah rumah sakit di New York. Meskipun dikatakan bahwa para dokter sedang sibuk sekali, kasus ini dinyatakan oleh pengadilan sebagai suatu kelalaian (malpraktik).

Kasus lain terjadi di California. Seorang anak berhasil menerima ganti rugi sejumlah \$ 4.000.000 karena dokter yang memeriksanya lalai tidak mengetahui bahwa anak tersebut telah mengalami gegar otak setelah berkelahi di sekolah.

Beberapa kesulitan oleh aparat penegak hukum dalam mencari bukti untuk menilai, apakah perbuatan tersebut termasuk dalam kategori malpraktik, antara lain:³⁰

- a) Kurangnya pengetahuan, keahlian, dan pengalaman yang cukup di bidang itu oleh penegak hukum. Sebagai bahan perbandingan, dikemukakan suatu contoh, yaitu kelalaian yang dibuat oleh seorang supir yang mengendarai mobil. Karena kurang hati-hatinya pengemudi, terjadilah suatu kecelakaan terhadap orang lain. Untuk membuktikan kelalaian pengemudi, di sini tidaklah terlalu sulit karena hal ini merupakan suatu hal yang umum bahwa orang awam pun tentu tahu akan peraturan lalu lintas, apalagi mereka yang sudah mempunyai SIM. Dengan demikian, dapat menilai apakah seseorang itu telah mengemudikan kendaraannya dengan layak. Lain

30) Periksa Ninik Maryanti, 1988, *ibid.*, h. 53—54.

halnya dengan kelalaian medis yang dibuat oleh seorang dokter atau ahli bedah. Meskipun *medical record* dapat menolong, untuk menolong apakah benar-benar telah terjadi suatu kegiatan malpraktik, perlu pengetahuan yang cukup, keahlian, dan pengalaman, terutama bagi mereka yang menjadi aparat hukum.

- 2) Kesulitan karena biasanya dokter segan untuk memberikan keterangan dan kesaksian yang dapat memberatkan tuduhan terhadap rekan sejawatnya jika dipanggil oleh pengadilan untuk menjadi saksi sehingga dia cenderung untuk diam. Dalam hal demikian, pihak pengadilan sering kali terpaksa harus memanggil 'orang luar' yang dianggap cukup ahli untuk memberikan pendapat dan kesaksiannya.

b. Teori pembelaan

Selain dikenal adanya beberapa teori tentang sumber perbuatan malpraktik serta beberapa kriteria yang dapat dijadikan patokan dalam menilai dan membuktikan adanya perbuatan malpraktik, yang apabila ditinjau dari kegunaan teori-teori tersebut, tentu saja berguna bagi pihak pasien dan aparat penegak hukum, karena dengan teori-teori tersebut, pasien dapat mempergunakannya menjadi dasar suatu gugatan dan bagi aparat penegak hukum dapat dijadikan dasar untuk menuntut, maka di pihak dokter dijumpai pula beberapa teori yang dapat dijadikan pegangan pembelaan apabila ia menghadapi tuntutan malpraktik. Teori-teori tersebut adalah:³¹

- 1) Teori kesediaan untuk menerima risiko (*assumption of risk*). Teori ini mengatakan bahwa seorang dokter akan terlindungi dari tuntutan malpraktik jika pasien memberikan izin/persetujuan untuk operasi misalnya (*informed*

31) Periksa Ninik Maryanti, 1988, *op. cit.*, h. 56.

consent) dan menyatakan bersedia memikul segala risiko dan bahaya yang mungkin timbul akibat pembedahan itu.

Contoh kasus: Kasus *Karp vs Cooley*. Dokter ahli bedah bertanggung jawab atas kematian pasien setelah menjalani operasi cangkok jantung, berhubung pasien telah memberikan persetujuan atas pembedahan tersebut, serta diberi penjelasan luas mengenai bahaya dan risiko yang akan dihadapinya dan bersedia menghadapinya.

Teori pertama ini mempunyai arti yang sangat besar bagi dokter, selama dokter itu bertujuan untuk indikasi medis.

- 2) Teori pasien ikut berperan dalam kelalaian (*contributory negligence*), yaitu kasus di mana dokter dan pasien dinyatakan oleh pengadilan sama-sama melakukan suatu kelalaian. Contoh kasus dalam hal ini, *Schultz vs Tasche*. Seorang gadis berumur 18 tahun, akibat kelalaian dokter yang merawatnya, menderita kesakitan dan kaki kanannya menjadi lebih pendek 1,5 inci dari kaki kiri setelah mengalami perawatan karena kaki kanannya patah.

Pasien oleh pengadilan juga dinyatakan lalai karena telah meninggalkan rumah sakit terlalu cepat, mengendarai mobilnya sendiri sewaktu pulang ke rumah, dan tidak pernah kembali untuk konsultasi perawatan berikutnya. Akhirnya, pasien tersebut tetap mendapatkan ganti rugi, tetapi dalam jumlah yang lebih kecil.

- 3) Teori perjanjian membebaskan dari kesalahan (*exculpatory contract*). Cara lain bagi dokter untuk melindungi diri dari tuntutan malpraktik ialah dengan mengadakan suatu perjanjian khusus dengan penderita, yang berjanji tidak akan menuntut dokter dan rumah sakit jika misalnya terjadi kelalaian malpraktik.

Contoh kasus dalam hal ini: *Tunkle vs Regent* dari Universitas California di mana pengadilan menolak perjanji-

an khusus ini karena dianggap bertentangan dan tidak sesuai dengan kebijaksanaan pemerintah.

Dari contoh kasus tersebut, dapat diambil kesimpulan bahwa berhasil tidaknya sang dokter menggunakan pembelaannya, yang dalam hal ini berupa perjanjian khusus dengan pasien, hasilnya sangat bergantung pada penilaian pengadilan sehingga teori pembelaan ini spekulasi sifatnya.

- 4) Teori Peraturan *Good Samaritan*. Menurut teori ini, seorang dokter atau perawat yang memberikan pertolongan gawat darurat dengan tujuan yang murni pada suatu peristiwa darurat *dibebaskan dari tuntutan hukum malpraktik*, kecuali jika terdapat indikasi terjadi suatu kelalaian yang sangat mencolok.
- 5) Teori pembebasan atas tuntutan (*release*), yaitu suatu kasus di mana pasien membebaskan dokter dari seluruh tuntutan malpraktik dan kedua belah pihak sepakat untuk mengadakan penyelesaian bersama.

Teori pembelaan yang berupa pembebasan ini, hanya dapat dilaksanakan sepanjang kesalahan dokter tersebut menyangkut tanggung jawab perdata (masuk kategori hukum perdata), misalnya, wanprestasi sebab dalam kasus ini hanya melibatkan kedua belah pihak yang saling mengadakan kontrak saja. Dalam hal ini, jika ternyata mereka dapat bersepakat untuk menyelesaikan bersama dengan damai itu lebih baik karena sesuai dengan tujuan yang hendak dicapai dalam penyelesaian kasus perdata, yaitu adanya suatu perdamaian antara kedua belah pihak.

Akan tetapi, apabila kesalahan dokter itu termasuk dalam kategori hukum pidana, misalnya, terjadi kelalaian berat sehingga mengakibatkan meninggalnya pasien, teori pembebasan ini tidak dapat diterapkan sebab bicara hukum pidana berarti bicara tentang hukum publik, yang me-

nyangkut kepentingan bersama. Oleh karena itu, apabila terbukti dokter telah melakukan malpraktik, hukum harus tetap diberlakukan kepadanya karena kalau tidak, berarti kita mendidik masyarakat pada umumnya untuk sadar terhadap hukum yang berlaku, selanjutnya sulit bagi kita untuk menegakkan hukum itu sendiri. Di samping itu, jika teori ini diterima dalam kasus pidana, dikhawatirkan setiap perbuatan malpraktik, seorang dokter tidak akan ada sanksi hukumnya sehingga dapat mengurangi tanggung jawab dan sikap hati-hatinya seorang dokter di dalam menjalankan tugasnya.

- 6) Peraturan mengenai jangka waktu boleh menuntut (*statute of limitations*). Menurut teori ini, tuntutan malpraktik hanya dapat dilakukan dalam jangka waktu tertentu, yang biasanya relatif lebih pendek daripada tuntutan-tuntutan hukum yang lain. Misalnya, ditentukan hanya dalam jangka setengah tahun, semenjak terjadinya kasus kelalaian malpraktik.

Contohnya, jika seorang dokter suatu rumah sakit merasa bahwa seorang pasien telah menderita suatu cedera akibat perawatan medis di situ. Maka dari itu, dokter atau rumah sakit dapat menawarkan penyelesaian ganti rugi uang dalam jangka waktu 180 hari. Berarti pasien telah kehilangan hak untuk memproses tuntutan malpraktik ke pengadilan, kecuali mengenai hal yang menyangkut besarnya ganti rugi apabila pasien tidak setuju dengan jumlah yang ditawarkan kepadanya.

- 7) *Workmen's compensation*. Apabila seorang dokter dan pasien yang terlibat dalam suatu kasus malpraktik keduanya bekerja pada suatu lembaga yang sama, pasien tersebut tidak akan memperoleh ganti rugi dari kasus malpraktik yang diperbuat oleh dokter itu. Hal ini disebabkan menurut peraturan *workmen's compensation*, semua

pegawai dan pekerja menerima ganti rugi bagi setiap kecelakaan yang terjadi di situ dan tidak menjadi persoalan kesalahan siapa dan apa sebenarnya penyebab cedera/luka.

4. Pembuktian Malpraktik

Mengingat kesalahan dokter merupakan kesalahan profesi, maka tidaklah mudah bagi siapa saja (termasuk penegak hukum) yang tidak memahami profesi ini untuk membuktikannya di pengadilan. Meskipun begitu, tidak berarti kesalahan dokter tidak mungkin dapat dibuktikan.

Pada *criminal malpractice*, pembuktiannya didasarkan atas dipenuhinya tidaknya unsur pidana sehingga karenanya bergantung dari jenis *criminal malpractice* yang dituduhkan. Dalam hal dokter dituduh melakukan kealpaan sehingga pasien yang ditangani meninggal dunia, menderita luka berat, atau luka sedang, maka yang harus dibuktikan adalah adanya unsur perbuatan tercela (salah) yang dilakukan dengan sikap batin berupa alpa atau kurang hati-hati.

Perlu dipahami, tidak setiap hasil pengobatan yang tidak sesuai dengan harapan pasien merupakan bukti adanya *criminal malpractice*, mengingat kejadian semacam itu juga dapat merupakan bagian dari risiko tindakan medis. Kesalahan diagnosis juga tidak boleh secara otomatis dijadikan ukuran adanya *criminal practice* sebab banyak faktor yang memengaruhi ketepatan diagnosis, yang kadang-kadang sebagian faktor tersebut berada di luar kontrol (kekuasaan) dokter. Kedua hal di atas, hanya dapat dijadikan persangkaan yang masih harus dibuktikan unsur-unsur pidananya.

Jika terbukti bersalah, dokter dapat dipidana sesuai jenis tindak pidana yang dilakukannya. Selain itu, dokter masih dapat digugat melalui peradilan perdata atas dasar perbuatan melawan hukum (*onrechtmatige daad*).

Pada *civil malpractice*, pembuktiannya dapat dilakukan melalui dua cara, yaitu:³²

32) Periksa Sofwan Dahlan, 2000, *op. cit.*, h. 63—65.

nyangkut kepentingan bersama. Oleh karena itu, apabila terbukti dokter telah melakukan malpraktik, hukum harus tetap diberlakukan kepadanya karena kalau tidak, berarti kita mendidik masyarakat pada umumnya untuk sadar terhadap hukum yang berlaku, selanjutnya sulit bagi kita untuk menegakkan hukum itu sendiri. Di samping itu, jika teori ini diterima dalam kasus pidana, dikhawatirkan setiap perbuatan malpraktik, seorang dokter tidak akan ada sanksi hukumnya sehingga dapat mengurangi tanggung jawab dan sikap hati-hatinya seorang dokter di dalam menjalankan tugasnya.

- 6) Peraturan mengenai jangka waktu boleh menuntut (*statute of limitations*). Menurut teori ini, tuntutan malpraktik hanya dapat dilakukan dalam jangka waktu tertentu, yang biasanya relatif lebih pendek daripada tuntutan-tuntutan hukum yang lain. Misalnya, ditentukan hanya dalam jangka setengah tahun, semenjak terjadinya kasus kelalaian malpraktik.

Contohnya, jika seorang dokter suatu rumah sakit merasa bahwa seorang pasien telah menderita suatu cedera akibat perawatan medis di situ. Maka dari itu, dokter atau rumah sakit dapat menawarkan penyelesaian ganti rugi *uang dalam jangka waktu 180 hari*. Berarti pasien telah kehilangan hak untuk memproses tuntutan malpraktik ke pengadilan, kecuali mengenai hal yang menyangkut besarnya ganti rugi apabila pasien tidak setuju dengan jumlah yang ditawarkan kepadanya.

- 7) *Workmen's compensation*. Apabila seorang dokter dan pasien yang terlibat dalam suatu kasus malpraktik keduanya bekerja pada suatu lembaga yang sama, pasien tersebut tidak akan memperoleh ganti rugi dari kasus malpraktik yang diperbuat oleh dokter itu. Hal ini disebabkan menurut peraturan *workmen's compensation*, semua

pegawai dan pekerja menerima ganti rugi bagi setiap kecelakaan yang terjadi di situ dan tidak menjadi persoalan kesalahan siapa dan apa sebenarnya penyebab cedera/luka.

4. Pembuktian Malpraktik

Mengingat kesalahan dokter merupakan kesalahan profesi, maka tidaklah mudah bagi siapa saja (termasuk penegak hukum) yang tidak memahami profesi ini untuk membuktikannya di pengadilan. Meskipun begitu, tidak berarti kesalahan dokter tidak mungkin dapat dibuktikan.

Pada *criminal malpractice*, pembuktiannya didasarkan atas dipenuhi tidaknya unsur pidana sehingga karenanya bergantung dari jenis *criminal malpractice* yang dituduhkan. Dalam hal dokter dituduh melakukan kealpaan sehingga pasien yang ditangani meninggal dunia, menderita luka berat, atau luka sedang, maka yang harus dibuktikan adalah adanya unsur perbuatan tercela (salah) yang dilakukan dengan sikap batin berupa alpa atau kurang hati-hati.

Perlu dipahami, tidak setiap hasil pengobatan yang tidak sesuai dengan harapan pasien merupakan bukti adanya *criminal malpractice*, mengingat kejadian semacam itu juga dapat merupakan bagian dari risiko tindakan medis. Kesalahan diagnosis juga tidak boleh secara otomatis dijadikan ukuran adanya *criminal practice* sebab banyak faktor yang memengaruhi ketepatan diagnosis, yang kadang-kadang sebagian faktor tersebut berada di luar kontrol (kekuasaan) dokter. Kedua hal di atas, hanya dapat dijadikan persangkaan yang masih harus dibuktikan unsur-unsur pidananya.

Jika terbukti bersalah, dokter dapat dipidana sesuai jenis tindak pidana yang dilakukannya. Selain itu, dokter masih dapat digugat melalui peradilan perdata atas dasar perbuatan melawan hukum (*onrechtmatige daad*).

Pada *civil malpractice*, pembuktiannya dapat dilakukan melalui dua cara, yaitu:³²

32) Periksa Sofwan Dahlan, 2000, *op. cit.*, h. 63—65.

a. Cara langsung

Yaitu dengan membuktikan keempat unsurnya secara langsung, yang terdiri atas unsur kewajiban (*duty*), menelantarkan kewajiban (*dereliction of duty*), rusaknya kesehatan (*damage*), dan adanya hubungan langsung antara tindakan menelantarkan kewajiban dan rusaknya kesehatan (*direct causation*). Menurut Prof. Hermien Hadiati Koeswadji,³³ hal tersebut di atas ditambah satu unsur lagi, yaitu *duty for care* yang merupakan kewajiban untuk perawat sehingga rumusan tersebut terjadi.

Kewajiban dokter timbul jika secara afirmatif menerima suatu tanggung jawab untuk melakukan tindakan medis melalui hubungan kontraktual (*a contract basis*), baik yang dibuat atas beban atau dengan cuma-cuma (*gratuitous service*). Kedua, jika berdasarkan ketentuan yang ada, wajib melakukan tindakan medis (*a tort basis*). Menelantarkan kewajiban terbukti jika dokter melakukan tindakan medis yang kualitasnya di bawah standar, yaitu suatu tindakan yang mutunya tidak menggambarkan telah diterapkannya ilmu, keterampilan, perhatian, dan pertimbangan yang layak, sebagaimana dilakukan oleh kebanyakan dokter dengan keahlian yang sama ketika menghadapi situasi dan kondisi yang sama pula. Untuk membuktikan ini, diperlukan kesaksian ahli dari dokter yang sama keahliannya dengan dokter yang sedang diadili.

Rusakanya kesehatan terbukti jika pasien meninggal dunia, cacat, lumpuh, mengalami luka berat, atau luka sedang. Jika pasien meninggal dunia, perlu dilakukan otopsi dan jika masih hidup, perlu dilakukan pemeriksaan oleh dokter lain yang akan bertindak sebagai saksi ahli.

Sedangkan hubungan langsung terbukti jika ada hubungan kausalitas antara rusaknya kesehatan dan tindakan dokter yang kualitas-

33) Hasil wawancara dengan Prof. Hj. Hermien Hadiati Koeswadji, tanggal 4—5 September 2006 di Jakarta.

nya di bawah standar. Untuk membuktikan ini, juga diperlukan kesaksian ahli.

b. Cara tak langsung

Cara ini adalah yang paling mudah, yaitu dengan mencari fakta-fakta yang berdasarkan doktrin *Res Ipsa Loquitor* (*The Thing Speaks for It Self*) dapat membuktikan adanya kesalahan di pihak dokter. Namun, tidak semua kelalaian dokter meninggalkan fakta semacam itu. *Doktrin Res Ipsa Loquitor* ini sebetulnya merupakan varian dari 'doctrine of common knowledge', hanya saja di sini masih diperlukan sedikit bantuan kesaksian dari ahli untuk menguji, apakah fakta yang ditemukan memang dapat dijadikan bukti adanya kelalaian dokter.

Perlu diketahui bahwa doktrin *Res Ipsa Loquitor* hanya dapat diterapkan jika fakta yang ditemukan memenuhi kriteria:

- 1) Fakta yang tidak mungkin terjadi jika dokter tidak lalai,
- 2) Fakta yang terjadi berada di bawah tanggung jawab dokter, dan
- 3) Pasien tidak ikut menyumbang timbulnya fakta itu atau dengan kata lain tidak ada *contributory negligence*.

Jika ada gunting atau tang tertinggal dalam perut pasien yang menjalani operasi, gunting atau tang itu berdasarkan *doktrin Res Ipsa Loquitor*, dapat dijadikan fakta yang secara tidak langsung dapat membuktikan kesalahan dokter, mengingat:

- 1) gunting atau tang itu tak mungkin tertinggal kalau tak ada kelalaian,
- 2) gunting atau tang yang tertinggal itu berada di bawah tanggung jawab dokter, dan
- 3) pasien dalam keadaan terbius sehingga tidak mungkin dapat memberi andil terhadap tertinggalnya alat-alat tersebut.

Hukum pembuktian merupakan satu bagian hukum yang belum sempat mendapat perhatian yang mendalam dari berbagai pihak. Masalah yang

berkenaan dengan hukum pembuktian cukup banyak, yang menuntut adanya perubahan yang signifikan dalam Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1981 tentang Kitab Undang-Undang Hukum Acara Pidana (yang lebih dikenal dengan KUHAP).

Berkenaan dengan hukum pembuktian dalam tindak pidana di bidang medis ini, utamanya berkenaan dengan saksi ahli. Saksi ahli diatur dalam Pasal 184 dan dijelaskan dalam Pasal 1 butir 27 Kitab Undang-Undang Hukum Acara Pidana, yang merumuskan bahwa keterangan ahli adalah:

"Keterangan yang diberikan oleh seorang yang memiliki keahlian khusus tentang hal yang diperlukan untuk membuat terang suatu perkara pidana guna kepentingan pemeriksaan."

Perbedaan pokok saksi ahli dengan saksi biasa adalah bahwa saksi biasa:

- 1) hanya dapat memberikan keterangan mengenai apa yang dilihat, didengar, dan dialaminya saja secara langsung dan
- 2) tak diperkenankan memberikan pendapat atau kesimpulan.

Scalen dan Wiethoff menekankan pula bahwasannya keterangan saksi biasa merupakan:

*"... opinion, 'mere' rhetoric. It may or may not be useful as evidence ... Thus, analyzing and understanding the conceptual frameworks within which experts witness express their opinion is as essential as evaluating the basic reliability of any scientific theory on which they rely"*³⁴

Kekuatan keterangan saksi ahli, dengan demikian terletak pada etos saksi ahli ini atau *character of credibility* yang dimilikinya. Berdasarkan keahliannya tersebut, maka Pengadilan (jaksa, hakim, dan pengacara) akan mencoba untuk menggali *admissibility, sufficiency and credibility* keterangan yang bersangkutan. Masuknya keterangan saksi ahli ke dalam ruang persidangan menunjukkan ilmu pengetahuan mempunyai kontribusi yang cukup banyak dalam proses pengambilan keputusan, tidak terkecuali di

34) Periksa Eileen A. Scalen and William E. Wiethoff, "The Ethos of Expert Witness" Makalah dalam *Hasting Law Journal*, Vol. 49, April 1998, h. 1143—1168.

pengadilan. Dalam kata-kata **Justice Brayer**, secara tegas dinyatakan bahwa:

"... any effort to bring better science into court room must respect the jury constitutionally specified roles, even if doing so means from time to time, what is, from a scientific perspective on incorrect result"³⁵

Dalam menangani kasus-kasus yang berkenaan dengan tindak pidana medis, tidak mungkin para penegak hukum memahami dengan sempurna masalah teknis medis ini sehingga diperlukan keterangan, yakni dokter. Namun, dalam berbagai kasus telah dibuktikan bahwa ternyata mendatangkan saksi ahli saja tidak dapat dengan segera memecahkan masalah, terutama dalam kasus-kasus yang *debatable*. Contoh-contoh kasus yang terjadi pada tahun 1980-an menunjukkan bahwa bidang kedokteran tidak semuanya *clear cut* dan eksak karena kemungkinan-kemungkinan adanya perbedaan pandangan dan opini medis mengenai suatu tindakan medis selalu saja ada, misalnya:

□ Kasus Pertama

Dalam kasus **dr. S** di Jawa Tengah yang menyebabkan kematian pasien. Sang pasien yang mengalami *anaphylactic shock* karena mendapat suntikan *streptomycin*, dicoba diatasi dengan berturut-turut memberikan suntikan *cortison*, *delladariyl*, dan *adrientalin*. Namun, ternyata gagal.³⁶ Saksi ahli yang diajukan ternyata mempunyai pendapat yang berbeda, yang satu mengatakan bahwa terdakwa kurang teliti mengobati pasien, sedangkan ahli lainnya mengatakan bahwa tindakan terdakwa sudah sesuai prosedur. Akibatnya, tentunya diserahkan kepada hakim yang tak tahu-menahu masalah kedokteran, untuk menentukan salah tidaknya sang terdakwa. Kembali masalah kepastian hukum menjadi dipertanyakan.

35) Periksa Justice Breyer (*concurring*) in *ugeneral elec. Co.v. Joiner*, 118S. Ct. 512, 520 (1997).

36) *Tempo*, 18 Juni 1983, h. 33.

□ Kasus Kedua

Seorang dokter di Deli Serdang, yang dituduh menyebabkan kematian karena kurang hati-hati melakukan tindakan medis terhadap pasien sehingga rahimnya berlubang dan membusuk.³⁷ Setiap ahli berbeda pendapat karena *visum et repertum* yang dibuat tidak secara tegas menyebutkan bahwa peradangan rahim disebabkan oleh tindakan medis terdakwa: sebagian menyatakan terdakwa bertanggung jawab, sebagian lagi meragukan.

Dalam memutuskan perkara ini, hakim akan mempertimbangkan apakah unsur-unsur tindak pidana sudah dipenuhi, yakni:

1. melawan hukum,
2. kemampuan bertanggung jawab,
3. kesalahan (*opzet* atau *culpa*),
4. hubungan kausal antara tindakan dan akibat yang ditimbulkan, dan
5. ada tidaknya alasan penghapusan pidana

Dalam hukum pidana, terdapat sejumlah alasan yang dapat dijadikan landasan hukum untuk menghapus atau meringankan dan memberatkan pidana seseorang yang diajukan ke pengadilan karena melakukan tindak pidana. Ketentuan yang dijumpai dalam Hukum 1 Kitab Undang-Undang Hukum Pidana tentang Aturan Umum ini, tentunya juga berlaku apabila terjadi tindak pidana di bidang medis.

Dasar hukum yang dapat menghapuskan pidana, yakni membuat seseorang yang memenuhi unsur-unsur pidana tidak dapat dipidana, dilihat dari sifatnya dapat dibagi menjadi dua bagian, yaitu yang bersifat umum dan yang bersifat khusus. Alasan yang bersifat umum dijumpai dalam Pasal 44 sampai dengan Pasal 51 Kitab Undang-Undang Hukum Pidana, yang berlaku untuk setiap tindak pidana, sedangkan yang khusus untuk tindak

37) *Tempo*, 30 Juni 1983, h. 60.

pidana tertentu dan yang secara tegas dirumuskan dalam pasal-pasal yang bersangkutan.³⁸

Pembagian dengan melihat pasal-pasal yang ada dalam Kitab Undang-Undang Hukum Pidana adalah alasan pembeda dan alasan pemaaf. Alasan pembeda menghapuskan unsur melawan hukum (*wederrechtelijkheid*) yang ada sehingga tidak ada lagi ia melawan hukum. Dengan demikian, menurut **Utrecht**, alasan pembeda ini menghapuskan suatu peristiwa pidana, yaitu kelakuan yang bersangkutan bukan suatu peristiwa pidana, biarpun sesuai dengan lukisan suatu kelakuan tertentu yang dilarang dalam undang-undang pidana.³⁹

Alasan-alasan pembeda ini diatur dalam pasal-pasal Kitab Undang-Undang Hukum Pidana sebagai berikut:

1. Pasal 48, daya paksa: melakukan perbuatan karena daya paksa;
2. Pasal 49 ayat (1), terpaksa melakukan perbuatan untuk pembelaan karena ada serangan atau ancaman serangan ketika itu yang melawan hukum, terhadap diri sendiri atau orang lain, kehormatan kesusilaan, atau terhadap harta benda sendiri atau orang lain;
3. Pasal 50, melaksanakan peraturan perundang-undangan; dan
4. Pasal 51 ayat (1), melaksanakan perintah jabatan yang diberikan oleh penguasa yang berwenang.

Alasan pemaaf di lain pihak, menghapuskan unsur pertanggungjawaban (*toerekenbaarheid*) dari si pelaku. Dengan kata lain, perilaku yang bersangkutan tetap merupakan suatu tindak pidana, tetapi si pelaku tidak dapat dipertanggungjawabkan.

38) Contoh alasan penghapus pidana yang khusus adalah Pasal 56 Kitab Undang-Undang Hukum Pidana dan Pasal 221 ayat (2) Kitab Undang-Undang Hukum Pidana, yang memberikan saksi pidana kepada keluarga atau suami istri yang menyembunyikan anggota keluarganya atau alat bukti atas suatu tindak pidana yang disalahkan kepada anggota keluarganya tersebut.

39) Utrecht. *Hukum Pidana I*, Penerbit Pustaka Tinta Mas, Surabaya, 1958, h. 346.

Dalam merumuskan dasar hukum ini, agaknya pembuat undang-undang berpendapat bahwasannya dalam hal-hal tertentu, tidak mungkin si pelaku dapat dipertanggungjawabkan sehingga harus "dimaafkan".

Pasal-pasal yang mengatur hal ini, dijumpai dalam:

1. Pasal 44, mengenai ketidakmampuan bertanggung jawab;
2. Pasal 48, mengenai *overmacht* atau daya paksa, yakni suatu kekuatan, suatu dorongan, suatu paksaan, baik fisik maupun psikis, yang tidak dapat dilawan (tetapi bukan berarti ini merupakan paksaan mutlak atau *vis absoluta*, tapi sekedar *vis compulsiva*);
3. Pasal 49 ayat (1), mengenai pembelaan darurat yang berlebihan *noodweer excess*, yang berunsurkan:
 - a. Ada keterpaksaan atau tidak ada cara lain,
 - b. Adanya serangan atau ancaman serangan terhadap kepentingan, baik diri sendiri maupun orang lain,
 - c. Adanya pembelaan, dan
 - d. Pembelaan yang dilakukan tidak seimbang atau berlebihan, oleh karena adanya perasaan yang sangat terguncang karena serangan tersebut.
4. Pasal 51 ayat (2) tentang melaksanakan perintah yang dikeluarkan oleh pejabat yang tidak berwenang.

Kemampuan bertanggung jawab.⁴⁰ Seseorang dikatakan mampu bertanggung jawab apabila dapat menginsafi makna yang senyatanya dari perbuatannya, dapat menginsafi perbuatannya itu tidak dipandang patut dalam pergaulan masyarakat; dan mampu untuk menentukan niat dan kehendaknya dalam melakukan perbuatannya tersebut.⁴¹

40) Hermien Hadiati Koeswadji, "Tinjauan dari Segi Hukum terhadap Kesalahan-Kelalaian dalam Melaksanakan Profesi". Dalam makalah yang disajikan di dalam forum Konferensi Nasional IV PERHUKI Simposium Kesalahan-Kelalaian Profesi di Surabaya, pada tanggal 26 Juli 1996.

41) Bandingkan dengan Hermien Hadiati Koeswadji. Dalam *Hukum Pidana Lingkungan*, PT Citra Aditya Bakti, Bandung, 1993, h. 45.

Dengan demikian, kemampuan bertanggung jawab ialah keadaan normal psikis dan kematangan (kecerdasan) yang membawa pada tiga kemampuan, yaitu mampu untuk mengerti nilai dan akibat-akibat perbuatannya sendiri; mampu untuk menyadari bahwa perbuatannya itu menurut pandangan masyarakat tidak dibolehkan; dan mampu untuk menentukan kehendaknya atas perbuatan-perbuatan yang dilakukannya itu.

Mengenai hal ini, *Memorie van Toelichting* atas *Wetboek van Strafrecht* (selanjutnya disingkat MvT atas WvS) memberikan rumusan negatif terhadap pengertian kemampuan bertanggung jawab ini, yaitu tidak ada kemampuan bertanggung jawab kepada pelaku. *Pertama*, dalam hal ia tidak ada kebebasan untuk memilih antara berbuat dan tidak berbuat, mengenai apa yang dilarang dan yang diperintahkan undang-undang. *Kedua*, dalam hal ia berada dalam suatu keadaan yang sedemikian rupa sehingga tidak dapat menginsafi bahwa perbuatannya itu bertentangan dengan hukum dan tidak dapat menentukan akibat perbuatannya. Kitab Undang-Undang Hukum Acara Pidana (atau WvS di Belanda) sendiri tidak memberikan penjelasan mengenai kemampuan bertanggung jawab ini, tetapi Kitab Undang-Undang Hukum Acara Pidana hanya memuat alasan-alasan yang terdapat pada diri pelaku sehingga karenanya perbuatannya tidak dapat dipertanggungjawabkan. Alasan tersebut berupa keadaan pribadi pelaku karena jiwanya cacat dalam pertumbuhannya atau terganggu karena penyakit. Dalam keadaan demikian, pelaku tidak mempunyai kebebasan kehendak dan oleh karena itu, tidak dapat menentukan kehendaknya atas perbuatannya.⁴²

Kemampuan bertanggung jawab ini, dalam menentukan apakah orang ini salah atau tidak menurut hukum ditentukan oleh tiga faktor, yaitu:

1. Keadaan batin orang yang melakukan itu, ini berkaitan erat dengan kemampuan bertanggung jawab. Yang dimaksudkan dengan keadaan batin orang yang melakukan perbuatan ialah apabila pelaku tidak menyadari bahwa perbuatannya itu merupakan perbuatan yang dilarang oleh undang-undang.

42) Periksa Hermien Hadiati Koeswadi, 1993, *ibid.*, h. 50.

2. Adanya hubungan batin antara pelaku dan perbuatan yang dilakukannya. Yang dimaksud dengan hubungan itu dapat berupa dolus (kesengajaan), *culpa* (kealpaan). Kesengajaan dan kelalaian/kealpaan ini merupakan unsur penting, terutama dalam menentukan hubungannya.
3. Tidak adanya alasan pemaaf. Yang dimaksudkan alasan pemaaf adalah dalam hal, misalnya, pembelaan diri yang melampaui batas (*noodweer exces*).

C. PENYEBAB SENGKETA ANTARA DOKTER DAN PASIEN

Dalam era global yang terjadi waktu ini, profesi kedokteran merupakan salah satu profesi yang mendapatkan sorotan masyarakat karena sifat pengabdianya kepada masyarakat sangat kompleks. Etik profesi kedokteran yang semula mampu menjaga citra dokter dalam melaksanakan tugas profesinya, kelihatannya makin melemah sehingga pemerintah berpendapat perlu didukung oleh peraturan perundang-undangan yang lebih mengikat bagi para dokter dan lebih memberdayakan pasien sebagai pengguna jasa profesi dokter. Meningkatnya sorotan masyarakat terhadap profesi kedokteran dapat disebabkan oleh berbagai perubahan, antara lain:⁴³

1. Perubahan yang terjadi di dalam masyarakat terhadap dokter sebagai pemberi jasa.
 - a. Dasar moral di masyarakat yang makin memudar, dapat pula terjadi pada masyarakat dokter. Sebenarnya, etik profesi kedokteran telah diajarkan dan dikenalkan pada generasi muda sedini mungkin, dengan contoh-contoh dari generasi yang lebih tua dan contoh-contoh yang ada di masyarakat, dengan demikian diharapkan para dokter pada generasi yang muda

43) Periksa H.R. Hariadi, "Sorotan Masyarakat Terhadap Profesi Kedokteran", Makalah yang disampaikan dalam Sarasehan Penanganan Terpadu Masalah Etik dan Hukum di Surabaya, tanggal 23 September 2000, h. 1.

lebih memahami mana perilaku yang etik dan mana yang tidak etik.

Kenyataannya, banyak para dokter dari generasi tua yang tidak dapat memberi contoh perilaku etik dan mereka malahan bekerja dan hidup dengan enak tanpa ada yang berani menegur. Demikian pula, contoh-contoh kehidupan para panutan dan pimpinan masyarakat, banyak memberikan contoh yang kurang baik, yang kemudian dilihat dari generasi yang lebih muda dan ditiru karena menganggap tindakan para panutan tersebut merupakan tindakan yang benar dan wajar untuk ditiru.

- b. Dasar dan sendi-sendi agama di berbagai negara makin memipis. Padahal, landasan moral dan etik yang paling kuat dan mendasar adalah agama. Apakah hal ini juga akan terjadi pada dokter di Indonesia? Hal tersebut mungkin saja akan melanda Indonesia karena dalam era komunikasi modern saat ini, informasi, budaya, dan perilaku hidup global dengan mudah dilihat dan disaksikan, dan ditiru oleh para generasi muda kita, terutama yang orang tuanya lalai memberi bekal keimanan dan ketakwaan kepada Tuhan Yang Maha Esa.
- c. Perubahan sikap hidup dari idealis mengarah ke materialisme. Dalam hal ini, kemudian ada dokter yang lebih mementingkan materi daripada kehormatan profesi dokter.
- d. Bertambah banyaknya tenaga dokter. Dapat menimbulkan kompetensi, baik kompetensi yang sehat maupun yang tidak sehat, hubungan antarsejawat mengendur, kesejawatan para dokter ditinggalkan.
- e. Masuknya dokter asing dan dokter lulusan luar negeri yang mempunyai latar belakang dan budaya yang berbeda, akan menambah ketatnya kompetisi antardokter.
- f. Dokter tidak mungkin menguasai semua kemajuan ilmu dan teknologi kedokteran yang berkembang pesat. Hal tersebut menyebabkan terjadinya peminatan khusus, spesialisasi/sub-

spesialisasi dan penggunaan alat khusus yang canggih dan mahal sehingga seorang dokter mungkin lupa bahwa seorang pasien adalah manusia yang secara jasmani—rohani—sosio ekonomi dan kultural merupakan satu kesatuan. Pasien dianggap sebagai objek yang terdiri atas bagian yang terpisah-pisah.

2. Berbagai kemajuan dan perkembangan masyarakat sebagai pengguna jasa kesehatan dan kedokteran.
 - a. Kesadaran masyarakat dan pasien mengenai hak-haknya di bidang pelayanan kesehatan makin meningkat sehingga mereka lebih peka dan lebih kritis untuk menuntut haknya. Masyarakat yang berpendidikan tinggi akan menuntut pelayanan yang lebih bermutu, sedangkan masyarakat di tingkat bawah terpaksa menerima pelayanan apa adanya.
 - b. Tingkat kesejahteraan dan ekonomi masyarakat yang meningkat memungkinkan mereka menuntut dokter yang lebih baik lagi atau jika merasa tidak puas dengan dokter yang ada di Indonesia, mereka mencarinya di luar negeri.
 - c. Kesenjangan kaya miskin makin melebar, ada dokter/rumah sakit yang melayani mereka yang mampu dan kaya saja. Masyarakat yang tidak mampu menuntut haknya untuk mendapatkan pelayanan dan kedokteran yang sama dengan mereka yang kaya, sedangkan mereka yang kaya tidak mau/malu dirawat bersama dengan mereka yang miskin.
 - d. Teknologi komunikasi dan informasi makin canggih, teknologi banyak menggantikan tenaga manusia sehingga masyarakat dapat menggunakan jasa internet dan *telemedicine*, yang memungkinkan pasien menjadi lebih tahu tentang penyakitnya daripada dokternya.
 - e. Meningkatnya kesadaran masyarakat menggunakan jasa pengacara untuk memperoleh dan membela hak-haknya dalam bidang kesehatan. Setiap tindakan dan pengobatan yang di-

lakukan oleh dokter meskipun kecil, tetap mempunyai risiko timbulnya efek samping atau komplikasi. Oleh pasien dan pengacaranya, risiko yang terjadi sering kali dianggap suatu kelalaian yang dapat dituntut, baik secara pidana maupun perdata sebagai malpraktik.

3. Penelitian dan perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran berkembang pesat sehingga nilai-nilai etik yang lama kadang-kadang tak mungkin dapat diterapkan dan malahan kadang-kadang diabaikan. Nilai etik dan moral dianggap menghambat kemajuan ilmu dan teknologi, mereka mengagung-agungkan ilmu dan teknologi untuk menguasai manusia lain dan alam semesta.
4. Globalisasi yang ditandai dengan persaingan dan perang ekonomi di segala bidang, juga terjadi di bidang pelayanan kesehatan. Rumah sakit sebagai tempat pelayanan kesehatan telah berubah orientasinya, dari kegiatan sosial menjadi kegiatan sosio—ekonomi dan kemudian akan mengarah ke kegiatan bisnis dan industri kesehatan. Nilai-nilai moral dan etik para dokter yang bekerja di rumah sakit, mau tidak mau harus mengikuti perubahan misi rumah sakit, dari pola pikir sosial menjadi pola pikir mencari keuntungan sesuai dengan pola pikir ekonomi.
5. Industri farmasi, laboratorium medis, dan industri peralatan kedokteran secara efektif dan efisien memanfaatkan para dokter sebagai perantara (makelar) yang potensial untuk menjual jasa dan produknya kepada pasien sebagai konsumen. Kerja sama antara dokter dan industri farmasi, laboratorium medis, dan industri peralatan kedokteran mengabaikan berbagai perilaku yang dahulu dianggap tidak etik, sekarang dihalalkan.
6. Asuransi kesehatan makin dirasakan sebagai kebutuhan, baik oleh pemberi jasa kedokteran maupun oleh masyarakat. Hubungan langsung dokter dengan pasien berubah menjadi hubungan dokter—perusahaan asuransi—pasien. Hubungan dokter/hubungan dokter—perusahaan asuransi merupakan hubungan bisnis, demikian pula hubungan antara pasien dan perusahaan asuransi.

Dengan demikian, meskipun tidak langsung, hubungan antara dokter dan pasien menjadi hubungan bisnis.

Perubahan karakteristik masyarakat dokter sebagai pemberi jasa dan perubahan masyarakat sebagai pengguna jasa kedokteran tersebut jika tidak didukung oleh peningkatan komunikasi antara dokter dan pasien, dapat menimbulkan ketidakpuasan dan konflik antara keduanya.

Akhir-akhir ini, masyarakat banyak yang menyoroti profesi dokter, baik sorotan yang disampaikan secara langsung ke Ikatan Dokter Indonesia sebagai induk organisasi para dokter maupun yang disiarkan melalui media cetak ataupun media elektronik. Ikatan Dokter Indonesia menganggap sorotan-sorotan tersebut sebagai suatu kritik yang baik terhadap profesi kedokteran, agar para dokter dapat meningkatkan pelayanan profesi kedokterannya terhadap masyarakat. Ikatan Dokter Indonesia menyadari bahwa kritik yang muncul tersebut merupakan "puncak suatu gunung es", artinya masih banyak kritik yang tidak muncul ke permukaan karena keengganan pasien atau keluarganya menganggap apa yang dialaminya tersebut merupakan sesuatu yang wajar. Bagi Ikatan Dokter Indonesia, banyaknya sorotan masyarakat terhadap profesi dokter menggambarkan bahwa masyarakat belum puas dengan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh para dokter.

Tampaknya, meskipun dokter telah melaksanakan tugas profesinya sesuai dengan standar profesi dan rambu-rambu pelaksanaannya sesuai dengan Kode Etik Kedokteran Indonesia, tetapi dokter masih tetap menjadi sorotan masyarakat.

Sebenarnya, sorotan masyarakat terhadap profesi dokter merupakan satu pertanda bahwa saat ini sebagian masyarakat belum puas terhadap pelayanan dan pengabdian profesi dokter masyarakat umumnya atau pasien pada khususnya, sebagai pengguna jasa dokter. Pada umumnya, ketidakpuasan para pasien dan keluarga pasien terhadap pelayanan dokter karena harapannya yang tidak dapat dipenuhi oleh para dokter. Dengan perkataan lain, terdapat kesenjangan antara harapan pasien dan kenyataan yang didapatkan oleh pasien.

Ketidakpuasan pasien terhadap jasa perawatan dokter merupakan hal yang mudah dipahami jika kita melihat hubungan antara dua pihak, yaitu dokter yang memberikan jasa dan pasien sebagai penerima jasa dokter. Pasien sebagai penerima jasa dokter mempunyai harapan-harapan dan besar kecilnya harapan ini, bergantung pada pengalaman pribadinya dan bergantung pula mengenai informasi tentang perawatan dokter yang pernah didengar, dilihat, atau dibacanya. Harapan tersebut tetap melekat pada pikiran pasien jika berhadapan dengan seorang dokter. Harapan pasien tersebut makin besar jika pasien pernah membaca, melihat di tayangan televisi atau film mengenai bagaimana dokter yang baik bekerja dengan penuh pengabdian, sedangkan bagi mereka yang tidak pernah melihat atau membaca mengenai perawatan dokter yang baik, tentunya harapannya juga lebih kecil atau lebih rendah. Sebaliknya, dokter sebagai pemberi jasa perawatan juga mempunyai kemampuan atau perilaku yang sangat bervariasi, ada dokter yang berperilaku secara ekstrem bersifat materialistik, ada dokter idealis, ada dokter berkemampuan di atas standar profesi, dokter yang berkemampuan sesuai standar profesi, mungkin ada pula dokter yang kemampuannya substandar.

Bertemunya dokter sebagai pemberi jasa yang sangat bervariasi, menimbulkan suatu hasil akhir yang bervariasi mulai dari rasa yang sangat puas, rasa puas, rasa wajar-wajar saja, rasa tidak puas, dan kekecewaan yang berat.

Kesenjangan yang besar antara harapan pasien dan kenyataan yang diperolehnya menyusul dilakukannya merupakan *predisposing* faktor, tetapi sumber konflik yang sesungguhnya dapat disebabkan oleh adanya perbedaan persepsi (misalnya, tentang hakikat dan tujuan dari upaya medis), komunikasi yang ambigu (misalnya, istilah tertentu memiliki makna berbeda bagi individu lain), dan gaya individual seseorang (misalnya, sikap dokter yang arogan atau perangai pasien yang temperamental).

Ketidaksesuaian paham atas sebuah situasi tentang pokok-pokok pikiran tertentu atau adanya antagonisme-antagonisme emosional, maka sesungguhnya konflik yang terjadi antara pasien (*health care receiver*) dan dokter (*health care provider*) bukan merupakan hal yang luar biasa. Dilihat

dari sisi yang positif, konflik itu kadang-kadang diperlukan untuk meningkatkan kreativitas, inovasi, intensitas upaya, kohesi (ikatan) kelompok, serta untuk mengurangi ketegangan.

Contoh yang paling gamblang dapat dilihat pada kasus **Nurdin**, yaitu seorang penderita yang harus menjalani operasi mata di sebuah rumah sakit di Sukabumi. Perawat yang ditugasi memberi tahu operasi itu memang telah melaksanakan tugasnya sehingga kemudian pasien menyetujuinya, tetapi istilah "operasi" yang disampaikan telah ditangkap secara salah oleh pasien. Akibatnya, ketika kain kasa dibuka, **Nurdin** pun menjerit melihat bola matanya yang sakit sudah tidak ada di tempatnya sehingga karenanya ia menuntut dokter. Untungnya, hakim yang mengadili perkaranya dapat menerima legal *defence* (*secondary defence*) yang diajukan dokter, karena apa yang dilakukan semata-mata dalam rangka tindakan darurat (*emergency care*) guna menyelamatkan mata yang sehat berdasarkan teori *sympatico optalmia*.

Sebagian besar konflik justru disebabkan masalah komunikasi dan persepsi. Selama ini orang beranggapan bahwa tindakan medis yang dilakukan dokter merupakan satu-satunya variabel yang dapat memengaruhi tingkat kesehatan seseorang sehingga kalau terjadi malapetaka, yang dipersoalkan adalah mutu upaya medis.

Kebanyakan orang kurang dapat memahami bahwa sebenarnya masih banyak faktor lain di luar kekuasaan dokter yang dapat memengaruhi hasil upaya medis, misalnya, stadium penyakit, kondisi fisik, daya tahan tubuh, kualitas obat, dan juga kepatuhan pasien untuk menaati nasihat dokter. Faktor-faktor tadi dapat mengakibatkan upaya medis (yang terbaik sekalipun) menjadi tidak berarti apa-apa. Oleh sebab itu, tidaklah salah jika kemudian dikatakan bahwa hasil suatu upaya medis penuh dengan *uncertainty* dan tidak dapat diperhitungkan secara matematik.

Banyak upaya medis dilakukan melebihi standarnya, tetapi hasilnya tidak sesuai dengan harapan semua pihak. Bahkan sebaliknya, banyak pula dokter melakukan kesalahan diagnosis (dengan sendirinya juga kesalahan terapi), pasien justru sembuh lewat mekanisme pertahanan tubuhnya sen-

diri. Oleh sebab itu, yang terpenting bagi dokter adalah sepanjang upaya medis yang dilakukan sudah sesuai dengan standar (yaitu tingkat kualitas yang menggambarkan diterapkannya ilmu, keterampilan, pertimbangan, dan perhatian yang layak), maka malapetaka apa pun yang terjadi pada pasien hanya dapat dikategorikan sebagai bagian risiko medis, bukan malpraktik.

Demikian pula halnya dengan proses diagnosis (mencari dan mengidentifikasi gangguan kesehatan), yang pada hakikatnya merupakan bagian dari pekerjaan dokter yang paling sulit. Meskipun sudah banyak alat canggih yang diciptakan untuk mempermudah pekerjaan ini, kenyataan menunjukkan bahwa angka kesalahan (perbedaan diagnosis klinik dan diagnosis otopsi klinik) di berbagai rumah sakit pendidikan di negara-negara maju masih tetap tinggi. Sama halnya dengan tindakan terapi, hasil diagnosis yang salah juga tidak secara otomatis menimbulkan adanya malpraktik. Harus dilakukan penelitian terlebih dahulu, apakah kesalahan diagnosis itu merupakan akibat tidak dilaksanakannya standar prosedur diagnosis.

Dari uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa konflik yang terjadi antara dokter dan pasien tidak selalu dapat dikonotasikan sebagai tindakan malpraktik. Sebagian besar justru karena kesalahan persepsi atau kesalahpahaman akibat komunikasi yang tidak berjalan sebagaimana mestinya. Karena itu, peranan Ikatan Dokter Indonesia sebagai organisasi profesi dan lembaga konsumen yang mewakili kepentingan pasien sangat diperlukan bagi penyelesaian konflik atau paling tidak, dapat berperan melakukan penyangkutan terhadap konflik-konflik yang tidak memiliki alasan substantif sebelum dipilih jalur hukum.

Banyak orang membayangkan bahwa penyelesaian konflik model Amerika atau negara-negara maju lainnya lebih baik sebab jalur hukum sudah banyak ditempuh. Orang tidak merasakan bagaimana pusingnya memikirkan penyelesaian konflik yang jumlahnya mencapai puluhan ribu kasus tiap tahunnya. Mereka sendiri telah mencah-cah supaya jumlah kasus gugatan yang didaftarkan ke pengadilan dapat dikurangi, yaitu dengan mempraktikkan upaya saringan.

Model saringan⁴⁴ yang pertama adalah *screening panel*, yaitu suatu panel yang terdiri atas ahli hukum dan dokter yang tidak memihak. Tugas utamanya adalah meneliti adanya dugaan malpraktik. Jika ditemukan alasan yang patut bagi gugatan, ikatan dokter setempat wajib menyediakan saksi ahli (dokter) yang diperlukan, tetapi jika panel tidak menemukan alasan yang kuat, para pengacara juga harus konsekuen untuk tidak meneruskan perkara ke pengadilan. Dengan penyaringan seperti itu, maka banyak konflik dapat dipisahkan atau diselesaikan.

Model saringan yang kedua adalah arbitrase atau perwasitan, yaitu suatu *mini trial* yang akan menangani kasus konflik yang lolos pada penyaringan pertama. Dari model ini, lalu dikembangkan empat macam variasi. *Pertama*, adalah sukarela dan keputusannya mengikat; *kedua*, sukarela dan keputusannya tidak mengikat; *ketiga*, merupakan keharusan dan keputusannya tidak mengikat, sedangkan *keempat*, juga merupakan keharusan, tetapi keputusannya mengikat. Cara ini juga banyak menyelesaikan kasus konflik yang memiliki alasan substantif.

Model saringan yang terakhir adalah model *cost bond*, yaitu menyerahkan sejumlah uang sebagai jaminan waktu mendaftarkan perkara di pengadilan. Cara ini telah diberlakukan di California dengan uang jaminan \$500. Tujuan utamanya adalah agar pasien, keluarga, atau pengacaranya hanya akan mengajukan gugatan yang benar-benar mempunyai alasan substantif dan berpeluang besar untuk dimenangkannya, bukan gugatan yang bersifat coba-coba dan untung-untungan.

Keluhan-keluhan yang sering kali tercatat disampaikan oleh publik umumnya mengenai:

1. Pelayanan medis yang lambat, baik oleh dokter maupun rumah sakit atau klinik.
2. Biaya perawatan yang terlalu besar.

44) Sofwan Dahlan, "Konflik dalam Hubungan Dokter dengan Pasien", Makalah dalam Seminar Pertemuan Koordinasi Organisasi Profesi IDI Wilayah Jawa Tengah di Ungaran, tanggal 12—13 Agustus 2000.

3. Penolakan pasien oleh rumah sakit karena tak mampu membayar uang muka.
4. Kecenderungan rumah sakit atau klinik untuk melakukan pemeriksaan atau tindakan yang dinilai pasien tidak diperlukan.

Perubahan karakteristik masyarakat dokter sebagai pemberi jasa dan perubahan masyarakat sebagai pengguna jasa kedokteran tersebut jika tidak didukung oleh peningkatan komunikasi antara dokter dan pasien dapat menimbulkan ketidakpuasan dan konflik antara keduanya.

Di Semarang, dalam kurun waktu awal 2001—2002, ada 35 kasus sengketa medis antara dokter dan pasien yang diajukan melalui direktur rumah sakit, dengan perincian 15 kasus sengketa medis yang terjadi di rumah sakit pendidikan dan rumah sakit pemerintah dan 20 kasus sengketa medis terjadi di rumah sakit swasta di Semarang yang diambil sebagai sampel.

Dari kasus tersebut, sebagian besar diakibatkan oleh kesalahpahaman dari pasien atau keluarga pasien mengenai hasil pelayanan medis yang dilakukan oleh dokter. Hal ini terjadi akibat ketidaktahuan pasien/keluarga pasien terhadap upaya dokter dalam pelayanan medis di mana objek perikatan yang terjadi di antara keduanya ialah bersifat *inspaningsverbintenis*.

Tabel 10
Sengketa Dokter dan Pasien
yang Diajukan kepada Direktur Rumah Sakit Swasta di Semarang

No.	Masalah	Jumlah Sengketa	Persentase
1.	Perbedaan Persepsi dan Komunikasi	15	75%
2.	Kelalaian Dokter	5	25%
Jumlah		20	100%

Sumber: Hasil wawancara dengan Direktur Rumah Sakit, Komite Medik Rumah Sakit, dan MP2A Jawa Tengah.

Lokasi : Rumah Sakit Swasta Tipe B dan C di Semarang yang diambil sebagai sampel.

Waktu : 1 Maret 2002—1 Mei 2002.

Tabel 11
Sengketa antara Dokter dan Pasien yang Diadukan kepada
Direktur Rumah Sakit Pemerintah dan Rumah Sakit Pendidikan
di Semarang

No.	Masalah	Jumlah Sengketa	Persentase
1.	Perbedaan Persepsi dan Komunikasi	12	80%
2.	Kelalaian Dokter	3	20%
Jumlah		15	100%

Sumber: Hasil wawancara dengan Direktur Rumah Sakit, Komite Medik Rumah Sakit, dan MP2A Jawa Tengah.

Lokasi : Rumah Sakit Pemerintah Tipe B dan C, Rumah Sakit Pendidikan Tipe B di Semarang yang diambil sebagai sampel.

Waktu : 1 Maret 2002—1 Mei 2002.

Sebagian besar konflik justru disebabkan masalah komunikasi dan persepsi. Selama ini orang beranggapan bahwa tindakan medis yang dilakukan dokter merupakan satu-satunya variabel yang dapat memengaruhi tingkat kesehatan seseorang sehingga kalau terjadi malapetaka, yang dipersoalkan adalah mutu upaya medis.

Kesenjangan antara harapan pasien atau keluarganya terhadap profesi dokter dan kenyataan yang ada, antara lain:

1. Perawatan yang Informatif

Harapan: Pasien atau keluarganya berharap mendapatkan informasi yang memadai tentang penyakitnya, tentang apa yang akan dilakukan, tentang pilihan tindakan yang akan dilakukan, tentang

bagaimana prognosis penyakitnya, dan hal-hal lain mengenai perawatan pasien. Informasi tersebut tentunya sangat bervariasi dan sangat bergantung dari keadaan pasien secara menyeluruh (biologi, fisik, psikologik, budaya, dan keadaan sosial pasien) sebagai penerima informasi, dokter yang memberikan informasi, cara memberikan informasi, dan lingkungannya. Informasi yang tidak sampai kepada pasien atau keluarganya secara baik, dapat menimbulkan masalah di kemudian hari.

Kenyataannya: Kadang-kadang dokter tidak memberikan informasi secara langsung, tetapi melalui perawat atau informasi yang diberikan sangat sedikit, dan tidak memberikan kesempatan kepada pasien untuk menanyakan lebih lanjut atau pasien tidak berani minta informasi.

2. Perawatan yang Manusiawi

Harapan: Pasien dan keluarganya mengharapkan bahwa dokter memperlakukan pasien sebagai manusia yang sederajat dengan dokter. Pasien mengharapkan perlakuan dokter yang sopan santun, penuh perhatian, dan sentuhan kasih sayang terhadap penderitaan pasien. Perlakuan dokter yang tidak manusiawi terhadap pasien dan keluarganya sering menimbulkan perasaan sakit hati, komunikasi tidak dapat berlangsung dengan baik dan rentan terhadap timbulnya masalah.

Kenyataan: Ada dokter yang menganggap pasien sebagai orang yang tidak mengerti dan harus menuruti apa yang dikatakan oleh dokter, malahan kadang-kadang memperlakukan pasien atau keluarga pasien secara sewenang-wenang.

3. Perawatan yang Bermutu, Memenuhi Standar Profesi

Harapan: Pasien mengharap dirawat dengan standar profesi yang tertinggi, yang secara ilmiah telah diakui kebenarannya, dengan menggunakan segala pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki oleh dokter, sesuai dengan fasilitas yang ada dan kemampuan pasien untuk membiayainya.

Kenyataan: Ada pasien yang menganggap bahwa perawatan dokter yang diberikan kepadanya tidak bermutu, tidak sesuai dengan yang lazim dilakukan. Kadang-kadang ada dokter lain yang menyalahkan dokter pertama dan mengatakan bahwa yang dilakukan dokter tersebut tidak benar.

4. Hasil Akhir Perawatan Sesuai dengan Apa yang Diharapkan Pasien

Harapan: Dokter memberikan rasa nyaman, mengurangi penderitaan, penyakit menjadi lebih baik, kesembuhan penyakit, dan tidak menjadi kecacatan atau kematian. Pasien dengan penyakit yang ringan, tentunya dapat disembuhkan, pasien yang telah mencapai stadium akhir, paling tidak penderitaannya dikurangi, dan sebagainya.

Kenyataan: Kadang-kadang ada pasien yang semula kelihatan segar bugar, mendadak meninggal dunia atau pasien yang dalam stadium akhir, malahan dipaksa pulang oleh dokter.

5. Perawatan yang Efektif dan Efisien

Harapan: Agar perawatan tidak terlalu lama, biaya tidak terlalu tinggi, tetapi mencapai hasil yang diharapkan. Jika sudah tidak perlu rawat inap, perawatan dapat dilanjutkan di rumah, pemeriksaan dengan alat canggih yang mahal dilakukan apabila memang diperlukan, obat tidak berganti-ganti sebelum yang lama habis, harga obat tidak terlalu mahal, dan sebagainya.

Kenyataan: Kadang-kadang pasien merasa sudah sembuh, tetapi oleh para dokter tidak boleh pulang dan tetap rawat di rumah sakit, dokter melakukan pemeriksaan yang mahal yang manfaatnya tidak dirasakan oleh pasien, dokter memberikan obat-obatan yang mahal dan berganti-ganti, obat yang sudah diberikan oleh seorang dokter diganti oleh dokter lain, dokter melakukan tindakan-tindakan medis yang dirasakan pasien tidak bermanfaat, dan sebagainya.

Kesenjangan antara harapan dan kenyataan itu kemudian menimbulkan berbagai reaksi dari pasien terhadap pelayanan dokter.

Tabel 12

Reaksi Pasien yang Tidak Puas atas Pelayanan Dokter di Rumah Sakit Pemerintah, Pendidikan, dan Swasta yang Diambil sebagai Sampel Responden: Pasien

No.	Reaksi Pasien yang Tidak Puas atas Pelayanan Dokter	Rumah Sakit Pendidikan		Rumah Sakit Pemerintah		Rumah Sakit Swasta	
		Responden	Persentase	Responden	Persentase	Responden	Persentase
1.	Tidak berobat lagi pada dokter atau rumah sakit yang bersangkutan.	90	30%	90	30%	90	30%
2.	Mengajukan keluhan langsung kepada dokter yang bersangkutan di rumah sakit tersebut.	6	2%	12	4%	12	4%
3.	Melaporkan kepada direktur rumah sakit dan IDI.	30	10%	30	10%	12	4%
4.	Menempuh jalur hukum dengan jalan menuntut/menggugat ke pengadilan negeri.	3	1%	—	—	12	4%
5.	Menuntut ganti rugi kepada dokter yang merawat.	—	—	—	—	12	4%
6.	Menuntu ganti rugi kepada dokter yang merawat dan direktur rumah sakit.	21	7%	18	6%	12	4%
7.	Pasrah menerima keadaan tersebut sebagai takdir.	150	50%	150	50%	150	50%
Jumlah		300	100%	300	100%	300	100%

Sumber: Wawancara dengan pasien sebagai responden dengan jumlah 900 orang.

Lokasi : Rumah Sakit Pendidikan Tipe B dan Rumah Sakit Pemerintah Tipe B dan C, dan Rumah Sakit Swasta Tipe B dan C di Semarang yang diambil sebagai sampel.

Waktu : 1 Februari 2002—1 Mei 2002.

Sebagian besar responden pasien menyatakan bahwa reaksi pasien yang merasa tidak puas atas pelayanan dokter di rumah sakit adalah tidak berobat lagi ke rumah sakit tersebut. Hal ini tercermin dari hasil riset sejumlah 30% dari responden pasien yang berobat di rumah sakit pendidikan dan rumah sakit pemerintah, serta 30% responden yang berobat di rumah sakit swasta. Sebagai jawaban terbanyak kedua adalah pasien pasrah karena menganggap bahwa keadaan tersebut adalah takdir dari Tuhan Yang Mahakuasa. Dari jumlah pasien yang pasrah tersebut, 50% jawaban dari keluarga pasien yang tertimpa musibah di mana pasien meninggal dunia. Keluarga pasien walaupun merasa tidak puas, tidak mau memperpanjang masalah dan menganggap bahwa meninggal dunia merupakan takdir yang tidak bisa dilawan dan menganggap bahwa penyebab kematiannya adalah merupakan jalan yang harus dilalui sebelum meninggal. Namun, reaksi pasien akan sangat berbeda jika ternyata kesalahan dokter itu menyebabkan pasien menjadi menderita/cacat. Dalam hal ini, baik pasien maupun keluarganya sangat sedih dan marah sehingga selain mengajukan keluhan langsung kepada dokter yang bersangkutan di rumah sakit, juga melemparkan kepada direktur rumah sakit dan IDI untuk menuntut ganti rugi kepada dokter dan direktur rumah sakit, serta ada beberapa responden yang menempuh jalur hukum dengan mengajukan tuntutan dan gugatan ke Pengadilan Negeri Semarang. Pasien merasa tidak puas atas pelayanan dokter dan mengadakan tindakan dokter tersebut kepada direktur rumah sakit. Maka dari itu, oleh direktur hal ini diserahkan kepada Komite Medik Rumah Sakit yang akan menjembatani keinginan pasien dengan dokter yang bersangkutan. Pengaduan tersebut di-*cross check* dengan keterangan dokter dan saksi. Apabila ternyata dokter memang bersalah, Komite Medik Rumah Sakit mengusahakan untuk mendamaikan keduanya dengan menampung aspirasi pasien terhadap dokter yang bersangkutan, yang kebanyakan hanya meminta pembebasan biaya

dokter dan biaya perawatan saja, tetapi ada pasien meminta agar biaya rehabilitasi ditanggung oleh dokter dan rumah sakit yang bersangkutan. Hal ini disetujui oleh Komite Medik. Dari berbagai kasus yang diselesaikan oleh Komite Medik, sebagian besar pengaduan pasien yang sebenarnya terjadi karena kesalahpahaman saja tentang hasil tindakan dokter. Pasien merasa tidak puas karena hasil terapi tidak sesuai dengan yang diharapkan.

Hal yang demikian oleh Komite Medik Rumah Sakit dijelaskan tentang prosedur tindakan dan dokter tidak dapat menjamin suatu kesembuhan, tetapi hanya berusaha keras untuk menolong pasien yang dalam kepustakaan disebut *inspanningsverbintenis* sehingga kesalahpahaman dapat dihindarkan dan pasien serta keluarganya dapat menerimanya.

Dari hasil penelitian, ditemukan tiga pengaduan yang tidak bisa diselesaikan, baik oleh Komite Medik maupun Ikatan Dokter Indonesia (IDI) melalui Majelis Kehormatan Etik Kedokteran (MKEK) sehingga ditempuh melalui jalur hukum, yaitu dengan mengajukan tuntutan ke Pengadilan Negeri Semarang. Ketiga kasus sengketa tersebut adalah sengketa antara dr. H Sp. OG dan Ny. E, antara dr. H Sp. OG dan Ny. V, serta antara dr. T Sp. PD dan Tuan Y.

Kemajuan teknologi di segala bidang dalam zaman globalisasi dan komunikasi ini, menimbulkan hal-hal yang baru. Khususnya, di bidang medis terdapat alat-alat modern dan canggih, dan cara pengobatan baru yang lebih mudah dengan menggunakan alat canggih, tersebut di atas. Tidak ketinggalan, muncul pula beraneka spesialisasi dan subspecialisasi cabang-cabang medis. Terdapat pula berbagai ragam obat dengan janji berbagai khasiat dan merek.

Kini masyarakat juga mengalami perkembangan. Pandangan hidup dan pola hidup berubah yang berdampak pula pada hubungan antara dokter dan pasien. Apabila dulu hubungan antara dokter dan pasien sangat manusiawi, tetapi sekarang telah berubah menjadi konsumeristik. Pasien sebagai konsumen yang mengonsumsi jasa pelayanan kesehatan yang diberikan dokter sebagai pelaku usaha.

Perkembangan nilai-nilai hidup dalam masyarakat kita telah berubah seiring dengan perkembangan zaman. Adakalanya nilai-nilai yang dahulu dijunjung tinggi, misalnya, nilai kehormatan, nama baik, kejujuran, rasa malu, dan lain-lain, sudah mulai kabur atau berubah parameternya. Nilai-nilai etik profesi medis juga tak luput terkena dampaknya. Apabila setiap dokter melaksanakan tugas profesinya, seperti yang disyaratkan etik kedokteran, hubungan antara dokter dan pasien tidak akan mengalami erosi, seperti yang terjadi belakangan ini. Kurang komunikatifnya sang dokter memberi andil dalam kemelut ini.

Selain hal-hal tersebut, pasien sebagai konsumen terhadap jasa pelayanan medis mengharapkan pelayanan dokter sebagai berikut:

- 1) Setiap dokter harus menjunjung tinggi, menghayati, dan mengamalkan etik kedokteran yang diikrarkan dalam sumpah dokter, dan dalam pelaksanaan profesi dilakukan secara tulus ikhlas, jujur, dan rasa cinta dan kasih terhadap sesama manusia, serta penampilan tingkah laku, tutur kata, dan berbagai sifat lain yang terpuji, seimbang dengan martabat jabatan dokter.
- 2) Dokter mempunyai tanggung jawab yang besar, bukan hanya terhadap manusia lain dan hukum, melainkan yang terpenting terhadap keinsafan batinnya sendiri dan akhirnya kepada Tuhan Yang Maha Esa.
- 3) Pelaksanaan profesi kedokteran tidak ditujukan untuk memperoleh keuntungan pribadi, tetapi lebih didasari sikap perikemanusiaan dan mengutamakan kepentingan penderita.
- 4) Mengingat fungsi dan tugasnya, seorang dokter melakukan jasa pelayanan kesehatan dan bukan untuk memberikan kesehatan itu sendiri, ia harus jujur dan terbuka terhadap pasiennya atau keluarganya. Keterbukaan ini hendaknya dimulai dari tahap pemeriksaan pertama si pasien. Pasien harus tahu diagnosis, prognosis, dan terapi yang akan dilakukan pada dirinya. Secara jelas, pasien atau keluarganya diterangkan segala sesuatu yang berkenaan dengan pengobatannya. Alternatif lain jika ada, harus diinformasikan dan di-

terangkan pula secara jelas mengapa dokter menyarankan untuk memilih satu alternatif yang ada, termasuk risiko-risiko yang dapat terjadi.

- 5 Informasi yang diberikan harus dalam bahasa yang dapat dimengerti dan dengan uraian yang sederhana, tetapi terperinci, termasuk biaya. Khususnya, untuk tindakan yang diduga memerlukan biaya besar karena penggunaan alat-alat canggih, perlu dikemukakan pada penderita dengan mempertimbangkan keadaan penderita sehingga si pasien dan/atau keluarganya mendapat gambaran yang jelas sebelum mengambil keputusan. Semua itu dilakukan semata-mata untuk mencegah kemungkinan yang dapat merugikan kedua belah pihak.
- 6 Karena jika terjadi kegagalan atas terapi yang dilakukan, bukan hanya pasien yang menjadi korbannya, melainkan dokter pun menerima akibatnya. Akan tetapi, jika segala prosedur jasa kesehatan dilakukan sebagaimana mestinya, akan tercipta mekanisme *informed consent* yang sehat dan dapat diterapkan dalam semua kasus, tidak hanya pada kasus-kasus pembedahan saja. Mekanisme *informed consent* pada tiap-tiap pasien, tidak berarti hilangnya hak pasien untuk menuntut di pengadilan, tetapi *informed consent* ini merupakan bukti bahwa dokter itu telah mengupayakan jasa kesehatan yang benar dan juga merupakan salah satu aspek dalam menegakkan perlindungan konsumen.
- 7 Penampilan tingkah laku yang ikhlas, jujur, ramah, dan disertai tutur kata yang manis sesuai dengan martabat jabatan dokter, menumbuhkan rasa hormat dan percaya sepenuhnya pada dokter yang merawatnya dan merupakan pengobatan mental yang membantu penyembuhan.

BAB VIII

PERTANGGUNGJAWABAN DOKTER TERHADAP PASIEN DALAM UPAYA PELAYANAN MEDIS DI RUMAH SAKIT

Dokter sebagai tenaga profesional adalah bertanggung jawab dalam setiap tindakan medis yang dilakukan terhadap pasien. Dari hasil penelitian terhadap para responden (dokter), ditemukan jawaban yang sama, yaitu seorang dokter selalu bertanggung jawab dalam setiap tindakan ataupun advis yang diberikan terhadap pasiennya. Dalam menjalankan tugas profesionalnya, didasarkan pada niat baik, yaitu berupaya dengan sungguh-sungguh berdasarkan pengetahuannya yang dilandasi dengan sumpah dokter, kode etik, dan standar profesinya untuk menyembuhkan/menolong pasien.

A. TANGGUNG JAWAB ETIS

Peraturan yang mengatur tanggung jawab etis dari seorang dokter adalah Kode Etik Kedokteran Indonesia dan lafal sumpah dokter. Kode etik adalah pedoman perilaku. Kode etik harus memiliki sifat-sifat sebagai berikut:

1. Kode etik harus rasional, tetapi tidak kering dari emosi.
2. Kode etik harus konsisten, tetapi tidak kaku.
3. Kode etik harus bersifat universal.

Kode Etik Kedokteran Indonesia dikeluarkan dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 434/Menkes/SK/X/1983. Kode Etik Kedokteran Indonesia disusun dengan mempertimbangkan *International Code of Medical Ethics* dengan landasan idiiil Pancasila dan landasan struktural

Undang-Undang Dasar 1945. Kode Etik Kedokteran Indonesia ini mengatur hubungan antarmanusia yang mencakup kewajiban umum seorang dokter, hubungan dokter dengan pasiennya, kewajiban dokter terhadap sejawatnya, dan kewajiban dokter terhadap diri sendiri.

Kode etik kedokteran terdiri atas 19 pasal di mana Pasal 1—9 merupakan kewajiban umum bagi seorang dokter, yaitu:

1. *Setiap dokter harus menjunjung tinggi, menghayati, dan mengamalkan sumpah dokter.*
2. *Seorang dokter harus senantiasa melakukan profesinya menurut ukuran yang tertinggi.*
3. *Dalam melakukan pekerjaan kedokterannya, seorang dokter tidak boleh dipengaruhi oleh pertimbangan keuntungan pribadi.*
4. *Perbuatan berikut dipandang bertentangan dengan etik: Setiap perbuatan yang memuji diri sendiri, secara sendiri atau bersama-sama menerapkan pengetahuan atau keterampilan kedokteran dalam segala bentuk tanpa kebebasan profesi, menerima imbalan selain daripada yang layak sesuai dengan jasanya, kecuali dengan keikhlasan, sepengetahuan, dan atau kehendak penderita.*
5. *Tiap perbuatan atau nasihat yang mungkin melemahkan daya tahan makhluk insani, baik jasmani maupun rohani, hanya diberikan untuk kepentingan penderita.*
6. *Setiap dokter harus senantiasa berhati-hati dalam mengumumkan dan menerapkan setiap pengumuman teknik atau pengobatan baru yang belum diuji kebenarannya.*
7. *Seorang dokter hanya memberi keterangan atau pendapat yang dapat dibuktikan kebenarannya.*
8. *Dalam melakukan pekerjaannya, seorang dokter harusutamakan/mendahulukan kepentingan masyarakat dan memperhatikan semua aspek pelayanan kesehatan yang menyeluruh (promotive, preventive, curative, dan rehabilitative), serta berusaha menjadi pendidik dan pengabdian masyarakat yang sebenarnya.*
9. *Setiap dokter dalam kerja sama dengan para pejabat di bidang kesehatan dan bidang lainnya serta masyarakat harus memelihara saling pengertian sebaik-baiknya.*

Sedangkan Pasal 10—14 merupakan kewajiban dokter terhadap penderita, yaitu:

10. *Setiap dokter harus senantiasa mengingat akan kewajibannya melindungi hidup makhluk insani.*
11. *Setiap dokter wajib bersikap tulus ikhlas dan mempergunakan segala ilmu dan keterampilan untuk kepentingan penderita. Dalam hal ia tak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau pengobatan, maka ia wajib merujuk penderita ke dokter lain yang mempunyai keahlian dalam penyakit tersebut.*
12. *Setiap dokter harus memberikan kesempatan kepada penderita agar senantiasa dapat berhubungan dengan keluarga dan penasihatnya dalam beribadat atau dalam masalah-masalah lainnya.*
13. *Setiap dokter wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahui tentang seorang penderita, bahkan juga setelah penderita itu meninggal dunia.*
14. *Setiap dokter wajib melakukan pertolongan darurat sebagai suatu tugas perikemanusiaan, kecuali jika ia yakin ada orang lain bersedia dan mampu melakukannya.*

Kewajiban dokter terhadap teman sejawatnya diatur dalam Pasal 15—16, yaitu:

15. *Setiap dokter memperlakukan teman sejawatnya sebagaimana ia sendiri ingin diperlakukan.*
16. *Setiap dokter tidak boleh mengambil alih penderita dari teman sejawatnya, tanpa persetujuannya.*

Kewajiban dokter terhadap diri sendiri diatur dalam Pasal 17 dan Pasal 18, yaitu:

17. *Setiap dokter harus memelihara kesehatannya, supaya dapat bekerja dengan baik.*
18. *Setiap dokter hendaklah senantiasa mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan tetap setia pada cita-citanya yang luhur.*

Ketentuan penutup dalam Pasal 19, yaitu: Setiap dokter harus berusaha dengan sungguh-sungguh menghayati dan mengamalkan dalam pekerjaan sehari-hari Kode Etik Kedokteran Indonesia hasil Musyawarah Kerja

Nasional Etik Kedokteran II, demi untuk mengabdikan kepada masyarakat, bangsa, dan negara.

Dari data responden mengenai pengamalan Kode Etik Kedokteran Indonesia, tidak ada kendala. Seluruh jawaban responden telah mengamalkannya dengan baik, kecuali untuk Pasal 3, yang berbunyi sebagai berikut:

"Dalam melakukan pekerjaan kedokterannya, seorang dokter tidak boleh dipengaruhi oleh pertimbangan keuntungan pribadi."

Walaupun seluruh dokter menyatakan demikian, dari hasil *cross-check* dari pasien dikatakan bahwa ada beberapa dokter yang selalu meresepkan obat dari perusahaan farmasi tertentu dan ada pula yang merekomendasikan pemeriksaan laborat kepada kepala laborat tertentu atau harus menebus obat pada apotek tertentu. Hal ini memberatkan pasien karena ternyata harga obat di apotek tersebut lebih mahal. Pasal 10:

"Setiap dokter harus senantiasa mengingat akan kewajibannya melindungi hidup makhluk insan."

Terdapat kendala yang menurut sebagian responden dikatakan bahwa demi menyelamatkan nyawa ibu, tiada jalan lain harus mengorbankan kehidupan janin yang masih dalam kandungan ibu. Ini sangat dilematis sekali. Namun, hal ini merupakan putusan terakhir yang harus diambil oleh seorang dokter demi menyelamatkan nyawa pasien.

Dari hasil penelitian, didapatkan data bahwa pelanggaran etik itu belum tentu merupakan pelanggaran hukum. Jika dokter melanggar etik, sanksinya adalah sanksi administratif, bukan hukuman badan atau penjara. Bahkan, ada beberapa pelanggaran etik yang sanksinya berupa sanksi moral saja, ini terkait dengan pelanggaran etik murni. Namun, apabila pelanggaran itu merupakan pelanggaran etikolegal, dapat diterapkan sanksi menurut undang-undang yang berlaku.

Pelanggaran terhadap butir-butir Kode Etik Kedokteran Indonesia, ada yang merupakan pelanggaran etik semata-mata dan ada pula yang merupakan pelanggaran etik dan sekaligus pelanggaran hukum. Pelangga

an etik tidak selalu berarti pelanggaran hukum, sebaliknya pelanggaran hukum tidak selalu merupakan pelanggaran etik kedokteran. Mengenai hal tersebut, berikut ini akan diajukan beberapa contoh.

1. Pelanggaran Etik Murni

a. Menarik imbalan yang tidak wajar atau menarik imbalan jasa dari keluarga sejawat dokter dan dokter gigi

Hidup yang cenderung materialistis, hedonistis, dan bersifat konsumerisme dapat menimbulkan kecintaan terhadap materiil yang berlebih-lebihan dan berakibat memancing keserakahan, dengan menarik imbalan jasa yang berlebih-lebihan. Padahal, dalam melakukan pekerjaannya, seorang dokter tidak boleh dipengaruhi oleh pertimbangan keuntungan pribadi (Kode Etik Kedokteran Indonesia, Pasal 3). Seorang dokter dapat menerima imbalan selain daripada yang layak sesuai dengan jasanya jika diberikan dengan keikhlasan, sepengetahuan, dan atau kehendak penderita (Kode Etik Kedokteran Indonesia, Pasal 4 ayat c).

b. Mengambil alih pasien tanpa persetujuan sejawatnya

Sejawat adalah mitra kerja seorang dokter dan bukan saingan. Pembinaan kerja sama dalam satu tim harus selalu diupayakan guna kepentingan pasien. Anggota satu tim harus saling menghormati, saling bantu, saling belajar, dan saling mengingatkan. Seorang dokter yang baik, tidak menyalahkan sejawatnya di depan pasiennya (walaupun itu benar), tetapi secara bijaksana membahas kasusnya dengan sejawatnya atau sebaiknya mengembalikan pasien kepada sejawatnya yang pertama kali dikunjungi pasien tersebut.

c. Memuji diri sendiri di depan pasien

Setiap perbuatan yang bersifat memuji diri sendiri bertentangan dengan etik (Kode Etik Kedokteran Indonesia, Pasal 4 ayat a), termasuk dalam hal memuji diri sendiri, yaitu dengan mencantumkan gelar pada papan praktik yang tidak terkait dengan

pelayanan jasa kedokteran yang diberikannya, mengadakan wawancara pers untuk mempromosikan cara pengobatan suatu penyakit, ataupun berpartisipasi dalam promosi obat, kosmetik, alat dan sarana kesehatan, makanan, minuman, dan perbekalan kesehatan rumah tangga. Dalam deklarasi Mukhtar IDI ke-23 di Padang, tanggal 12 Desember 1997, dinyatakan bahwa pada dasarnya dokter sama sekali tidak boleh melibatkan diri dalam pelbagai kegiatan promosi karena promosi tersebut selalu terkait pada kepentingan-kepentingan yang sering kali bertentangan atau tidak menunjang tugas mulia kedokteran. Perbuatan dokter sebagai pemeran langsung suatu iklan promosi komoditi yang dimuat media massa dan/atau elektronik merupakan perbuatan tercela karena tidak dapat disingkirkan penafsiran adanya suatu niat lain untuk memuji diri sendiri, sebagaimana yang telah ditentukan dalam Kode Etik Kedokteran Indonesia. Kendatipun pemeran langsung promosi komoditi dilakukan dalam wahana ilmiah kedokteran, dianggap juga suatu perbuatan tercela, apalagi jika tidak berlandaskan pengetahuan kedokteran tertinggi dalam bidangnya sehingga tidak diyakini sebagai produk yang layak diberikan kepada pasien, apalagi untuk dirinya sendiri ataupun kepada sanak keluarganya jika mengalami hal yang sama.

d. Tidak pernah mengikuti pendidikan kedokteran yang berkesinambungan

Salah satu kewajiban dokter terhadap diri sendiri adalah senantiasa mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan tetap setia kepada cita-citanya yang luhur (Kode Etik Kedokteran Indonesia, Pasal 18). Ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran berkembang dengan pesat, lebih-lebih dalam tiga dekade terakhir ini. Setiap dokter harus mengikuti perkembangan ini, baik untuk manfaat diri sendiri dan keluarga maupun untuk pasien dan masyarakat. Tuntutan masyarakat akan pelayanan kedokteran yang bermutu dan mutakhir sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi secara

global, hendaknya ditanggapi oleh dokter dengan mengadakan konsolidasi diri, yaitu dengan mengikuti kursus-kursus, seminar, lokakarya, ataupun mengikuti program pendidikan spesialisasi/subspesialisasi.

e. Dokter mengabaikan kesehatannya sendiri

Dokter seharusnya memberi teladan dalam memelihara kesehatan, melakukan pencegahan terhadap penyakit, berperilaku sehat sehingga dapat bekerja dengan baik dan tenang (Kode Etik Kedokteran Indonesia, Pasal 17). Jika dokter jatuh sakit, selayaknya berobat kepada sejawatnya dan tidak mengobati diri sendiri.

2. Pelanggaran Etikolegal

a. Pelayanan kedokteran di bawah standar

Seorang dokter harus senantiasa melakukan profesinya menurut ukuran tertinggi (Kode Etik Kedokteran Indonesia, Pasal 2) memperlihatkan semua aspek pelayanan kesehatan yang menyeluruh, yaitu *promotive, preventive, curative, dan rehabilitative* (Kode Etik Kedokteran Indonesia, Pasal 8) dan menggunakan segala ilmu dan keterampilannya untuk kepentingan penderita (Kode Etik Kedokteran Indonesia, Pasal 11). Dengan demikian, seorang dokter yang memberikan pelayanan kedokteran di bawah standar merupakan suatu tindakan malpraktik dan dapat dikenakan Pasal 351 Kitab Undang-Undang Hukum Pidana, yang berbunyi:

"Barang siapa karena kesalahannya menyebabkan orang lain mendapat luka berat atau luka sedemikian sehingga berakibat penyakit atau halangan sementara untuk menjalankan jabatan atau pekerjaannya, dihukum dengan hukuman penjara selama-lamanya 5 tahun."

Padahal, seorang dokter senantiasa membaktikan hidupnya guna kepentingan perikemanusiaan (Lafal Sumpah Dokter Indonesia, butir 1), menjalankan tugasnya dan senantiasa

mengutamakan kesehatan penderita (Lafal Sumpah Dokter Indonesia, butir 7).

b. Menerbitkan surat keterangan palsu

Seorang dokter hanya memberi keterangan atau pendapat yang dibuktikan kebenarannya (Kode Etik Kedokteran Indonesia, Pasal 7). Jadi, jika seorang dokter menerbitkan surat keterangan cuti sakit berulang-ulang kepada seorang tahanan, padahal orang tersebut mampu menghadiri sidang pengadilan perkaranya, dalam hal ini dokter telah melanggar etik dan juga Kitab Undang-Undang Hukum Pidana, Pasal 267, yang berbunyi:

"Dokter yang dengan sengaja memberi surat keterangan palsu tentang adanya atau tidak adanya penyakit, kelemahan, atau cacat, dihukum dengan hukuman penjara selama 4 tahun."

c. Membuka rahasia jabatan atau pekerjaan dokter

Sejak zaman **Hippocrates**, rahasia pekerjaan dokter menduduki tempat yang penting dalam hubungan dokter dengan pasien. Apa pun yang saya dengar atau lihat tentang kehidupan seseorang yang tidak patut disebarluaskan, tidak akan saya ungkapkan karena saya harus merahasiakannya (*Sumpah Hippocrates*, butir 9). Prinsip ini tercantum pula dalam Lafal Sumpah Dokter Indonesia, butir 5, yang berbunyi:

"Saya akan merahasiakan segala sesuatu yang saya ketahui karena pekerjaan saya dan keilmuan saya sebagai dokter."

Sedangkan dalam Kode Etik Kedokteran Indonesia, Pasal 13, tercantum bahwa setiap dokter wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang seorang penderita, bahkan juga setelah penderita itu meninggal dunia. Jadi, seorang dokter yang menyebarluaskan rahasia pribadi pasiennya di depan orang atau sekelompok orang lain, maka atas pengadilan pasien yang bersangkutan, dokter dapat dituntut di depan

pengadilan. Dokter tersebut yang dengan sengaja membuka suatu rahasia yang wajib disimpannya oleh karena jabatannya atau pekerjaannya, baik yang sekarang maupun yang terdahulu, dihukum dengan hukuman penjara selama-lamanya 9 bulan atau denda sebanyak-banyaknya Rp 600,00 (harus disesuaikan dengan keadaan moneter saat ini) (Kitab Undang-Undang Hukum Pidana, Pasal 322). Lain halnya jika dokter menjadi saksi ahli dalam pengadilan, yang mempunyai peraturan sendiri.

d. Abortus provokatus

Masalah abortus telah dibahas di berbagai pertemuan ilmiah dalam lebih dari tiga dekade terakhir ini, baik di tingkat nasional maupun regional, tetapi hingga waktu ini Rancangan Peraturan Pengguguran Berdasarkan Pertimbangan Kesehatan belum terwujud. Secara umum, hal ini telah dicantumkan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, tetapi penjabarannya belum selesai juga. Hal ini menyangkut pula tindakan abortus provokatus pada kasus-kasus, misalnya, pemerkosaan ataupun kehamilan pada wanita yang telah mempunyai banyak anak.

Seorang dokter harus senantiasa mengingat akan kewajibannya melindungi hidup insani (Kode Etik Kedokteran Indonesia, Pasal 10), Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, menyatakan bahwa dalam keadaan darurat, sebagai upaya menyelamatkan nyawa ibu hamil dan atau janinnya, dapat dilakukan tindakan medis tertentu dan ini dilakukan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai keahlian, dengan persetujuan ibu hamil yang bersangkutan atau suami, atau keluarganya dan dilakukan pada sarana kesehatan tertentu.

Dalam Kitab Undang-Undang Hukum Pidana, secara rinci terdapat pasal-pasal yang mengancam pelaku-pelaku abortus ilegal sebagai berikut:

- 1) Wanita yang sengaja menggugurkan kandungannya atau menyuruh orang lain melakukannya (Kitab Undang-Undang Hukum Pidana, Pasal 346, hukuman maksimum 4 tahun).
- 2) Seseorang yang menggugurkan kandungan wanita tanpa seizinnya (Kitab Undang-Undang Hukum Pidana, Pasal 347, hukuman maksimum 12 tahun dan jika wanita tersebut meninggal, hukuman maksimum 15 tahun).
- 3) Seseorang yang menggugurkan kandungan wanita dengan seizin wanita tersebut (Kitab Undang-Undang Hukum Pidana, Pasal 348, hukuman maksimum 5 tahun 6 bulan dan jika wanita tersebut meninggal, hukuman maksimum 7 tahun).
- 4) Dokter, bidan, atau juru obat yang melakukan kejahatan di atas (Kitab Undang-Undang Hukum Pidana, Pasal 349, hukuman ditambah sepertiganya dan pencabutan hak pekerjaan).

e. Pelecehan seksual

Hubungan pasien dengan dokter Sp. OG merupakan hubungan yang sangat khusus karena menyangkut pelayanan kesehatan reproduksi. Peluang untuk melakukan pelecehan seksual terbuka lebih lebar dibandingkan dengan pelayanan kesehatan oleh disiplin lain ilmu kedokteran. Sejak zaman **Hippocrates**, masalah ini telah disorot dengan sumpahnya:

"Rumah siapa pun yang saya masuki, kedatangan saya itu saya tunjukkan untuk kesembuhan yang sakit dan tanpa niat-niat buruk atau mencelakakan, atau lebih jauh lagi tanpa niat berbuat cabul terhadap wanita ataupun pria, baik merdeka maupun hamba sahaya."

Selanjutnya, dalam Lafal Sumpah Dokter Indonesia, secara umum dicantumkan bahwa seorang dokter senantiasa menjalankan tugasnya dengan cara terhormat dan bersusila, sesuai dengan martabat pekerjaannya (Lafal Sumpah Dokter Indonesia, butir 3) dan akan memelihara dengan sekuat tenaga

martabat dan tradisi luhur jabatan kedokteran (Lafal Sumpah Dokter Indonesia, butir 2).

Dari segi hukum, pengertian perbuatan cabul (pelecehan seksual) adalah perbuatan yang sengaja dilakukan untuk membangkitkan nafsu birahi atau nafsu seksual di luar perkawinan, termasuk persetubuhan. Dalam Kitab Undang-Undang Hukum Pidana, secara rinci terdapat pasal-pasal tentang sanksi terhadap kejahatan kesusilaan, yaitu sebagai berikut:

- 1) Barang siapa dengan kekerasan atau dengan ancaman kekerasan memaksa seorang wanita yang bukan istrinya, bersetubuh dengan dia (Pasal 285 Kitab Undang-Undang Hukum Pidana), hukuman maksimum 12 tahun.
- 2) Barang siapa yang bersetubuh dengan wanita yang bukan istrinya, padahal diketahui wanita itu dalam keadaan pingsan atau tidak berdaya (Pasal 286 Kitab Undang-Undang Hukum Pidana), hukuman maksimum 9 tahun.
- 3) Barang siapa bersetubuh dengan wanita yang bukan istrinya, padahal diketahui atau patut disangkanya umur wanita itu belum cukup 15 tahun atau belum pantas buat dikawin (Pasal 287 Kitab Undang-Undang Hukum Pidana), hukuman maksimum 9 tahun.
- 4) Pejabat yang melakukan perbuatan cabul dengan orang yang karena jabatannya adalah bawahannya atau dengan orang yang penjagaannya dipercayakan atau diserahkan kepadanya (Pasal 294 Kitab Undang-Undang Hukum Pidana), hukuman maksimum 7 tahun.
- 5) Pengurus, dokter, guru, pegawai, pengawas, dan pesuruh dalam penjara, tempat pekerjaan negara, tempat pendidikan, rumah yatim piatu, rumah sakit jiwa, atau lembaga sosial yang melakukan perbuatan cabul dengan orang yang dimasukkan ke dalamnya (Pasal 294 Kitab Undang-Undang Hukum Pidana), hukuman maksimum 7 tahun.

Pelanggaran etik di rumah sakit akhir-akhir ini sering terjadi, namun dapat diselesaikan oleh Komite Medik Rumah Sakit. Hal ini disebabkan makin meningkatnya pengetahuan hukum masyarakat sehingga makin sadar akan hak-haknya yang seharusnya diterima dalam hubungan pelayanan medis. Berbagai kasus muncul di media massa. Bahkan, hal ini seperti halnya puncak gunung es yang kelihatan hanya ujung atasnya saja, padahal yang tidak sampai mencuat ke permukaan sangat banyak.

Namun, dari hasil penelitian ditemukan bahwa sengketa antara dokter dan pasien dalam pelayanan medis disebabkan perbedaan persepsi antara dokter dan pasien. Hal ini terjadi karena adanya kesalahpahaman pasien dalam menerima informasi dari dokter. Hasil penelitian responden pasien bahwa penyebab sengketa dokter dengan pasien karena hal-hal berikut:

Tabel 13
Penyebab Sengketa antara Dokter dan Pasien
Responden: Pasien

No.	Penyebab Sengketa Dokter dengan Pasien	Rumah Sakit Pendidikan		Rumah Sakit Pemerintah		Rumah Sakit Swasta	
		Responden	Persentase	Responden	Persentase	Responden	Persentase
1.	Dokter menjanjikan suatu kesembuhan	69	23%	60	20%	15	5%
2.	Dokter tidak komunikatif	21	7%	30	10%	30	10%
3.	Dokter terkesan angkuh dan sombong	30	10%	60	20%	6	2%
4.	Dokter lalai dan teledor	180	60%	150	50%	249	83%
Jumlah		300	100%	300	100%	300	100%

Sumber: Hasil wawancara dengan pasien rawat inap dan rawat jalan sebagai responden dengan jumlah 900 orang.

Lokasi : Rumah Sakit Pemerintah Tipe B dan C, Rumah Sakit Pendidikan Tipe B, dan Rumah Sakit Swasta Tipe B dan C di Semarang yang diambil sebagai sampel.

Waktu : 1 Februari 2002—1 Mei 2002.

Dari hasil penelitian diperoleh data bahwa penyebab utama sengketa antara dokter dan pasien adalah karena dokter lalai/teledor, responden pasien dari rumah sakit pendidikan 60%, rumah sakit pemerintah 50%, dan rumah sakit swasta sejumlah 83%. Sedangkan penyebab lainnya ialah dokter menjanjikan suatu kesembuhan untuk rumah sakit pendidikan dan rumah sakit pemerintah, dokter dianggap menjanjikan suatu kesembuhan, setelah di-*cross-check* dengan para responden dokter, hal ini sangat bertentangan. Hal ini karena dokter memberikan harapan yang ditangkap oleh pasien adalah berbeda. Jadi, di sini terdapat miskomunikasi/kesalahpahaman. Sedangkan pada rumah sakit swasta, penyebab kedua adalah dokter tidak komunikatif. Penyebab lain adalah dokter dianggap angkuh dan sombong sehingga pasien merasa direndahkan dan merasa sakit hati karena sikap arogan dari dokter tersebut.

B. TANGGUNG JAWAB PROFESI

Tanggung jawab profesi dokter berkaitan erat dengan profesionalisme seorang dokter. Hal ini terkait dengan:¹

1. Pendidikan, Pengalaman, dan Kualifikasi Lain

Dalam menjalankan tugas profesinya, seorang dokter harus mempunyai derajat pendidikan yang sesuai dengan bidang keahlian yang ditekuninya. Dengan dasar ilmu yang diperoleh, baik semasa pendidikan di fakultas kedokteran maupun spesialisasi dan pengalamannya untuk menolong penderita.

2. Derajat Risiko Perawatan

Derajat risiko perawatan diusahakan untuk sekecil-kecilnya sehingga efek samping dari pengobatan diusahakan seminimal mungkin.

1) Periksa Hermien Hadiati Koeswadji, 1998, *op. cit.*, h. 131.

kin. Di samping itu, mengenai derajat risiko perawatan harus diberitahukan, baik terhadap penderita maupun keluarganya sehingga pasien dapat memilih alternatif dari perawatan yang diberitahukan oleh dokter.

Berdasarkan data responden dokter, dikatakan bahwa informasi mengenai derajat perawatan timbul kendala terhadap pasien atau keluarganya dengan tingkat pendidikan rendah karena telah diberi informasi, tetapi dia tidak bisa menangkap dengan baik.

3. Peralatan Perawatan

Perlu dipergunakan pemeriksaan dengan menggunakan peralatan perawatan apabila dari hasil pemeriksaan luar kurang didapatkan hasil yang akurat sehingga diperlukan pemeriksaan menggunakan bantuan alat. Namun, dari jawaban responden bahwa tidak semua pasien bersedia untuk diperiksa dengan menggunakan alat bantu (alat kedokteran canggih), hal ini terkait erat dengan biaya yang harus dikeluarkan bagi pasien golongan ekonomi lemah.

C. TANGGUNG JAWAB HUKUM

Tanggung jawab hukum dokter adalah suatu "keterikatan" dokter terhadap ketentuan-ketentuan hukum dalam menjalankan profesinya.

Tanggung jawab seorang dokter dalam bidang hukum terbagi dalam tiga bagian.² Ketiga bagian tersebut akan diuraikan lebih lanjut di bawah ini.

1. Tanggung Jawab Hukum Dokter dalam Bidang Hukum Perdata

Dokter dianggap bertanggung jawab dalam bidang hukum perdata jika dokter tidak melaksanakan kewajibannya (ingkar janji), yaitu tidak memberikan prestasinya sebagaimana yang telah disepakati dan karena perbuatan yang melawan hukum.

2) Periksa Ninik Maryati, 1988, *op. cit.*, h. 5.

Tindakan dokter yang dapat dikategorikan wanprestasi, antara lain, tidak melakukan apa yang menurut kesepakatannya wajib dilakukan; melakukan apa yang menurut kesepakatannya wajib dilakukan, tetapi terlambat; melakukan apa yang menurut kesepakatannya wajib dilakukan, tetapi tidak sempurna; dan melakukan apa yang menurut kesepakatan tidak seharusnya dilakukan.

Dokter dapat dipersalahkan melakukan perbuatan yang melawan hukum jika tindakan dokter dianggap melanggar Pasal 1365, 1366 dan 1367 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, yaitu tiap perbuatan melanggar hukum, yang membawa kerugian kepada seorang lain, mewajibkan orang yang karena salahnya menerbitkan kerugian itu, mengganti kerugian tersebut. Setiap orang bertanggung jawab tidak saja untuk kerugian yang disebabkan perbuatannya, tetapi juga untuk kerugian yang disebabkan kelalaian/kurang hati-hatinya dan seorang tidak saja bertanggung jawab untuk kerugian yang disebabkan perbuatannya sendiri, tetapi juga untuk kerugian yang disebabkan perbuatan orang-orang yang menjadi tanggungannya atau disebabkan oleh barang-barang yang berada di bawah pengawasannya.

Jadi, seorang dokter harus bertanggung jawab atas kesalahan/kelalaiannya yang mengakibatkan pasien cedera atau bahkan meninggal dunia. Tanggung jawab tersebut berupa pengganti kerugian, baik materiil maupun imateriil terhadap pasien/keluarganya. Contoh perbuatan melanggar hukum adalah apabila seorang dokter bedah karena kelalaiannya telah meninggalkan kain kasa/alat dalam tubuh pasien sehingga pasien mengalami infeksi hingga mengakibatkan pasien tersebut menderita dan dapat pula karena komplikasinya itu menyebabkan pasien tersebut meninggal dunia. Dokter harus mengganti kerugian materiil berupa ganti rugi pengeluaran yang telah dikeluarkan oleh pasien untuk membayar biaya rumah sakit dan pembelian obat, juga penggantian kerugian karena tidak bisa bekerja. Sedangkan penggantian kerugian imateriil karena pasien merasa sakit, cemas, tertekan, dan sebagainya.

Dokter tidak saja bertanggung jawab atas kelalaian yang dilakukannya, tetapi juga atas kelalaian yang dilakukan oleh orang-orang yang menjadi

tanggungannya. Contoh, seorang dokter ahli bedah bertanggung jawab atas perbuatan yang dilakukan oleh perawat yang membantu dalam pelaksanaan operasi di kamar bedah.

Tanggung jawab dapat bersifat individual atau korporasi. Selain itu, dapat pula dialihkan kepada pihak lain berdasarkan *principle of vicarious liability (respondent superior, borrowed servant)*. Dengan prinsip ini, maka rumah sakit dapat bertanggung gugat atas kesalahan yang dilakukan para dokternya (subordinatnya), asalkan dapat dibuktikan bahwa tindakan dokter itu dalam rangka melaksanakan kewajiban rumah sakit.

a. Tanggung jawab hukum perdata karena wanprestasi

Pengertian wanprestasi ialah suatu keadaan di mana seseorang tidak memenuhi kewajibannya yang didasarkan pada suatu perjanjian atau kontrak.

Pada dasarnya, pertanggungjawaban perdata itu bertujuan untuk memperoleh ganti rugi atas kerugian yang diderita oleh pasien akibat adanya wanprestasi atau perbuatan melawan hukum dari tindakan dokter.

Menurut ilmu hukum perdata, seseorang dapat dianggap melakukan wanprestasi apabila tidak melakukan apa yang disanggupi akan dilakukan; melakukan apa yang dijanjikan, tetapi terlambat; dan melaksanakan apa yang dijanjikan, tetapi tidak sebagaimana dijanjikan; serta melakukan sesuatu yang menurut perjanjian tidak boleh dilakukannya.

Sehubungan dengan masalah ini, maka wanprestasi yang dimaksudkan dalam tanggung jawab perdata seorang dokter adalah tidak memenuhi syarat-syarat yang tertera dalam suatu perjanjian yang telah dia adakan dengan pasiennya.

Gugatan untuk membayar ganti rugi atas dasar persetujuan atau perjanjian yang terjadi hanya dapat dilakukan jika memang ada perjanjian dokter dengan pasien. Perjanjian tersebut dapat digolongkan sebagai persetujuan untuk melakukan atau berbuat sesuatu. Perjanjian itu terjadi jika pasien memanggil dokter atau pergi ke dokter dan dokter memenuhi permintaan pasien untuk mengobatinya. Dalam hal ini, pasien akan membayar sejumlah honorarium. Sedangkan dokter sebenarnya harus melaku-

kan prestasi menyembuhkan pasien dari penyakitnya. Akan tetapi, penyembuhan itu tidak pasti selalu dapat dilakukan sehingga seorang dokter hanya mengikatkan dirinya untuk memberikan bantuan sedapat-dapatnya, sesuai dengan ilmu dan keterampilan yang dikuasainya. Artinya, dia berjanji akan berdaya upaya sekuat-kuatnya untuk menyembuhkan pasien.

Kesalahan dokter dalam menjalankan profesinya dalam hal adanya perjanjian terapeutik, pada dasarnya berkaitan dengan kewajiban yang timbul dari perjanjian tersebut, menurut sifat perjanjian yang diharuskan oleh kepatuhan, kebiasaan, ataupun oleh undang-undang. Dalam praktiknya, tidak mudah membuktikannya karena pasien tidak mempunyai cukup informasi mengenai tindakan-tindakan apa saja yang merupakan kewajiban dokter dalam suatu perjanjian terapeutik.

Dalam gugatan atas dasar wanprestasi ini, harus dibuktikan bahwa dokter itu benar-benar telah mengadakan perjanjian, kemudian dia telah melakukan wanprestasi terhadap perjanjian tersebut (yang tentu saja dalam hal ini senantiasa harus didasarkan pada kesalahan profesi). Jadi, di sini pasien harus mempunyai bukti-bukti kerugian akibat tidak dipenuhinya kewajiban dokter sesuai dengan standar profesi medis yang berlaku dalam suatu kontrak terapeutik. Akan tetapi, dalam praktiknya tidak mudah untuk melaksanakannya karena pasien juga tidak mempunyai cukup informasi dari dokter mengenai tindakan-tindakan apa saja yang merupakan kewajiban dokter dalam suatu kontrak terapeutik. Hal ini yang sangat sulit dalam pembuktiannya karena mengingat perikatan antara dokter dan pasien adalah bersifat *inspaningsverbintenis*. Seluruh responden dokter menyatakan bahwa dia tidak mungkin menjamin bahwa dengan adanya perjanjian tersebut, dokter harus dapat menyembuhkan penyakit pasien, mengingat kondisi pasien antara yang satu dan yang lain adalah berbeda. Jadi, walaupun keluhan sakitnya sama, diberi obat yang sama, hasilnya akan berbeda-beda. Hal ini disebabkan daya tahan tubuh manusia terhadap penyakit atau obat adalah berbeda.

Akan tetapi, menurut responden pasien dinyatakan bahwa sebagian kecil (10%) menyatakan bahwa tujuan berobat adalah untuk kesembuhan, jadi mereka menginginkan bahwa dalam perjanjian antara dokter dan

pasien agar dokter pasti dapat menyembuhkan penyakitnya. Sebagian besar (70%) menerima perjanjian itu adalah merupakan kewajiban berusaha. Dan sebagian lagi (20%) menerima sebagai takdir, mereka menyadari bahwa kehidupan seseorang adalah ditakdirkan oleh Allah swt., sedangkan dokter hanya wajib berusaha saja.

Contohnya, seorang dokter ahli kandungan sepakat menolong sendiri persalinan seorang wanita sesuai keinginan wanita tersebut di suatu rumah sakit swasta. Mengingat pembukaan jalan lahir baru mencapai satu sentimeter, maka dokter meninggalkannya untuk suatu keperluan yang diperkirakan tidak lama. Ketika dokter tiba kembali di tempat, ternyata pasien telah melahirkan dalam keadaan selamat dengan dibantu dokter lain. Dalam kasus seperti ini, dokter dapat digugat atas dasar *civil malpractice* untuk membayar ganti rugi imaterial, yaitu perasaan cemas selama menunggu kedatangan dokter yang sangat dipercayainya.

Dari hasil penelitian, tidak ditemukan gugatan pasien berdasarkan wanprestasi dokter. Seperti contoh, kasus di atas banyak terjadi di rumah sakit. Pada umumnya, pasien bisa menerima hal itu karena pasien menyadari bahwa kemungkinan pada saat yang bersamaan dokter tersebut baru menolong pasien lain yang lebih membutuhkan.

Sahnya perjanjian antara dokter dan pasien, sebagaimana diatur dalam Pasal 1320 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, tidak dapat serta-merta diterapkan karena syarat ke-3 mengenai objeknya harus tertentu di sini tidak dapat dipenuhi karena objek prestasi antara dokter dan pasien adalah berupa upaya dokter yang dilaksanakan secara cermat, hati-hati dan penuh ketegangan (*inspanningsverbintenis*). Jadi, gugatan pasien terhadap dokter karena wanprestasi tidak dapat diterapkan.

b. Tanggung jawab perdata dokter karena perbuatan melanggar hukum (onrechtmatige daad)

Tanggung jawab karena kesalahan merupakan bentuk klasik pertanggungjawaban perdata. Berdasarkan tiga prinsip yang diatur dalam Pasal 1365, 1366, dan 1367 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, ketiga prinsip tersebut berikut ini akan diuraikan satu demi satu.

1) Berdasarkan Pasal 1365 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata

Pasien dapat menggugat seorang dokter oleh karena dokter tersebut telah melakukan perbuatan yang melanggar hukum, seperti yang diatur di dalam Pasal 1365 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata yang menyebutkan:

"Tiap perbuatan melanggar hukum, yang membawa kerugian kepada orang lain, mewajibkan orang yang karena salahnya menerbitkan kesalahan itu, mengganti kerugian tersebut."

Undang-undang sama sekali tidak memberikan batasan tentang perbuatan melawan hukum, yang harus ditafsirkan oleh peradilan. Semula dimaksudkan segala sesuatu yang bertentangan dengan undang-undang, jadi suatu perbuatan melawan undang-undang. Akan tetapi, sejak tahun 1919, yurisprudensi tetap memberikan pengertian, yaitu setiap tindakan atau kelalaian yang:

- a) melanggar hak orang lain,
- b) bertentangan dengan kewajiban hukum diri sendiri,
- c) menyalahi pandangan etis yang umumnya dianut (adat istiadat yang baik), dan
- d) tidak sesuai dengan kepatuhan dan kecermatan sebagai persyaratan tentang diri dan benda orang seorang dalam pergaulan hidup.

Di samping itu, sedikitnya harus ada kesalahan yang mendasari perbuatan tersebut dan antara tindakan tak wajar atau kelalaian, dan kerugian yang terjadi harus terdapat hubungan sebab akibat yang jelas.

Pengertian perbuatan melawan hukum dalam arti luas berdasarkan *Arrest Hoge Raad* 31 Januari 1919 mengenai *Arrest Lindeboom* melawan *Cohen* adalah mencakup pengertian: berbuat atau tidak berbuat yang melanggar hak orang lain dan bertentangan dengan kewajiban hukum sendiri atau kesusilaan, atau kepatutan dalam masyarakat, baik terhadap diri atau benda orang lain. Ini berarti, kesalahan diartikan secara luas, meliputi: kesengajaan, kelalaian, dan kurang hati-hati. Dan mengenai kesalahan dokter dalam menjalankan profesinya atau kesalahan profesional, pada dasarnya berkaitan dengan kewajiban yang timbul karena profesinya atau disebut kewajiban profesional.

Seorang dokter dapat dinyatakan melakukan kesalahan. Untuk menentukan seorang pelaku perbuatan melanggar hukum harus membayar ganti rugi, haruslah terdapat hubungan erat antara kesalahan dan kerugian yang ditimbulkan.

Tabel 14
Sengketa antara Pasien dan Dokter
Berdasarkan Perbuatan Melanggar Hukum
Responden: Pasien

No.	Kasus	Rumah Sakit Pendidikan		Rumah Sakit Pemerintah		Rumah Sakit Swasta	
		Responden	Persentase	Responden	Persentase	Responden	Persentase
1.	Karena kurang hati-hati, menyebabkan pasien menderita atau cacat.	291	97%	285	95%	270	90%
2.	Karena kurang hati-hati, menyebabkan pasien meninggal dunia.	9	3%	15	5%	30	10%
Jumlah		300	100%	300	100%	300	100%

Sumber: Hasil wawancara dengan pasien rawat inap dan rawat jalan sebagai responden dengan jumlah 900 orang.

Lokasi: Rumah Sakit Pemerintah Tipe B dan C, Rumah Sakit Pendidikan Tipe B, dan Rumah Sakit Swasta Tipe B dan C di Semarang yang diambil sebagai sampel.

Waktu: 1 Februari 2002—1 Mei 2002.

Sengketa antara dokter dan pasien, seperti tabel tersebut di atas, pasien akan memperkarakan dokter apabila kurang hati-hati menyebabkan pasien

cacat seumur hidup. Hal ini disebabkan oleh rasa kasihan dari pihak keluarga terhadap penderita tersebut sehingga sangat marah terhadap dokter yang merawatnya. Dan apabila karena kelalaian dokter tersebut pasien meninggal dunia, keluarga yang ditinggalkan akan menerima sebagai suratun takdir.

Dari beberapa kasus yang masuk ke Pengadilan Negeri Semarang, semua kasus sengketa antara dokter dan pasien dimenangkan oleh dokter. Hal ini karena tuduhan pasien tidak terbukti atau tidak dapat dibuktikan.

Sengketa antara dr. H Sp. OG dan pasien (Ny. E) terdaftar dalam Kepanitiaan Pengadilan Negeri Semarang Nomor 192/Pdt.G/2000/PN Smg. yang pada pokoknya adalah sebagai berikut: 9 Juni 1991, Ny. E dan suami datang ke rumah bersalin B karena ada tanda-tanda mau melahirkan, pada saat itu dr. H Sp. OG sedang bersiap-siap untuk pergi ke luar kota. Sebelum berangkat, telah memberikan suntikan untuk penundaan kelahiran, dengan harapan agar proses persalinannya dapat terjadi setelah datang kembali dari bepergian. Namun, ternyata Ny. E mengalami proses kemajuan persalinan yang sangat cepat sehingga oleh pegawai rumah bersalin tersebut dicarikan dokter pengganti, yaitu dr. A Sp. OG. Pada saat persalinan sedang dilakukan oleh dr. A Sp. OG, dr. H Sp. OG datang yang kemudian ikut membantu menolong persalinan tersebut karena dr. A Sp. OG kesulitan mengeluarkan bayi tersebut karena besarnya bayi (5,25 kg), menyebabkan ruptur uteri sehingga mengakibatkan pendarahan dan untuk menghentikan pendarahan, harus dilakukan operasi. Oleh karena rumah bersalin B tidak memiliki sarana dan prasarana untuk operasi, maka operasi dilakukan di rumah sakit T oleh dr. H Sp. OG bersama dengan dr. S Sp. An. Selang waktu beberapa jam, Ny. E tidak sadar yang kemudian diberi suntikan dan pemeriksaan jantung oleh dr. S Sp. An, selanjutnya dipindahkan ke ICU, yang setelah itu dirawat bersama antara dr. H Sp. OG, dr. ICU (dr. K dan dr. I), dr. H Sp. PD, dr. A Sp. PD dan jantung, dan dr. S Sp. S dirawat hingga 21 Juni 1991. Setelah kondisinya baik, maka Ny. E dirawat di bangsal kebidanan sampai dengan 7 Juli 1991 pasien dapat dipulangkan. Namun, kondisi Ny. E mengalami kelumpuhan sebagian tubuhnya hingga sekarang. Sedangkan kondisi bayi Ny. E karena kondisinya parah,

mah kit asta	
Persentase	
90%	
10%	
100%	

setelah persalinan dibawa ke rumah sakit T, namun hanya bertahan selama 26 jam dan kemudian bayi meninggal dunia.

Hal tersebut membuat Ir. E (suami Ny. E) mengajukan gugatan ke Pengadilan Negeri Semarang atas dasar perbuatan melawan hukum yang dilaksanakan oleh dr. H Sp. OG dalam menangani persalinan terhadap Ny. E sehingga menimbulkan kerugian materiil dan imateriil.

Hasil Putusan Pengadilan Negeri Semarang dalam pokok perkara adalah menolak gugatan penggugat (Ir. E/suami Ny. E) untuk seluruhnya dan membebankan biaya perkara sejumlah Rp274.000,00 kepada penggugat. Dasar putusan ini adalah bahwa hubungan hukum antara dokter dan pasien merupakan perikatan usaha di mana dokter berkewajiban dengan suatu usaha untuk memberikan pertolongan dan perawatan secara maksimal. Tergugat telah melakukan tindakan medis sesuai dengan standar profesi medis serta adanya surat keputusan dari Majelis Kehormatan Etik Kedokteran (MKEK) Wilayah Jawa Tengah, Tanggal 22 Desember 2000 Nomor 217/IDI/Wil.Jateng/XII/00 dan SK MKEK Wilayah Jawa Tengah Nomor 07/SK-MKEK-Ekst/IDI Jateng/XII/00 tentang dugaan pelanggaran etik oleh dr. H Sp. OG terhadap Ny. E, ditetapkan bahwa tidak terdapat pelanggaran etik pada tahapan keputusan medik, tidak terdapat pelanggaran medik pada tahapan pelaksanaan dari keputusan medik, dan tidak terdapat pelanggaran etik yang menyangkut kebijakan penanganan setelah terjadinya komplikasi persalinan. Oleh karena itu, tidak terbukti adanya kelalaian yang dilaksanakan oleh tergugat terhadap istri penggugat.

Sengketa antara dr. H Sp. OG dan pasien (Ny. V) yang terdaftar dalam Kepaniteraan Pengadilan Negeri Semarang Nomor 74/Pdt/G/2001/PN Smg. dengan duduk perkara sebagai berikut: Tanggal 21 Maret 2000, Ny. V memeriksakan kehamilannya pada dr. H Sp. OG di rumah bersalin B, yang selanjutnya kontrol dilakukan setiap bulan, tetapi mulai bulan April sampai Mei 2000 Ny. V mengeluh pusing dan mual. Juni 2000 pasien mengeluh pusing, kaki dan tangan bengkak-bengkak, namun oleh dr. H Sp. OG dinyatakan baik, demikian pula Juli 2000. Agustus keluhan bertambah dengan sesak napas, tetapi tetap dinyatakan keadaannya baik hingga Oktober saat akan melahirkan. 20 Oktober 2000 jam 09.30 Ny. V masuk rumah

bersalin B dengan ketuban pecah dari jam 03.00 karena tidak ada kemajuan pembukaan jalan lahir dr. H Sp. OG memutuskan agar Ny. V dilakukan bedah caesar di rumah bersalin B. Akan tetapi, karena tidak ada dokter anastesi, operasi dibatalkan dan pasien tanpa surat pengantar dirujuk ke rumah sakit T, kemudian dilakukan *sectio caesaria* yang dilaksanakan oleh dr. F Sp. OG dengan diagnosis *hidramnion* yang seharusnya telah diketahui oleh tergugat (dr. H Sp. OG) berdasarkan keluhan pasien bengkak-bengkak, nyeri, dan sesak napas selama kontrol, tetapi selalu dinyatakan baik. Sedangkan bayinya tidak dapat diselamatkan. Karena kejadian tersebut pasien merasa dirugikan sehingga menggugat ke Pengadilan Negeri Semarang. Hasil Putusan Pengadilan Negeri Semarang dalam pokok perkara menyatakan bahwa gugat penggugat tidak dapat diterima. Dasar putusan adalah diagnosa *hidramnion* tidak terbukti dan tergugat telah melaksanakan tindakan medis terhadap penggugat secara benar dan sesuai standar medis, dan dugaan tanpa surat rujukan tidak terbukti karena tergugat menyatakan telah membuat rujukan. Dan kematian bayinya akibat *hernia diaphragmatika*, yaitu suatu kelainan bawaan janin di mana terdapat cacat berupa lubang pada sekat rongga badan/diaphragma. Lubang ini cukup besar maka sebagian usus lambung dan lever masuk ke rongga dada yang mengakibatkan gangguan fungsi paru-paru sehingga bayi kesulitan bernapas dan meninggal dunia. Jadi, kematian bayi tidak ada hubungannya dengan proses persalinan. Nomor Putusan 74/Pdt/G.2001/PN Smg., telah mempunyai kekuatan hukum tetap sejak 12 Oktober 2001 karena para pihak tidak menggunakan haknya untuk banding.

Kasus ke-3 adalah sengketa antara dr. T Sp. PD dan pasien (Tuan F). Dalam kasus ini pun, gugatan dari penggugat (Tuan F), diputus oleh Pengadilan Negeri Semarang dengan Nomor Putusan 30/Pdt. G/2001/PN Smg., dengan putusan menolak gugatan penggugat untuk seluruhnya. Dengan pertimbangan bahwa tidak terbukti dr. T Sp. PD telah melakukan kelalaian, seperti yang didalilkan oleh penggugat dan dikuatkan adanya surat keputusan dari Majelis Kehormatan Etik Kedokteran (MKEK) IDI Wilayah Jawa Tengah Nomor 21/SK-MKEK-Ekst/IDI Jateng/IV/2001 tanggal 25 April 2001 bahwa tidak ada pelanggaran etik yang dilakukan dr. T Sp. PD

serta dr. T Sp.PD telah melakukan pengobatan sesuai dengan standar medis.

Demikian pula, yurisprudensi (keputusan Mahkamah Agung) atas dr. **Setianingrum** dari Pati yang telah membuka cakrawala semua pihak, baik dokter maupun pasien atas dugaan malpraktik. Namun, oleh Mahkamah Agung ternyata malpraktik yang dituduhkan tidak terbukti. Hal ini dapat disimpulkan bahwa masih terdapat kesenjangan alam pikiran orang awam terhadap profesi kedokteran sehingga perlu disebarluaskan pengertian bahwa perikatan antara dokter dan pasien merupakan perikatan usaha di mana dokter diwajibkan melakukan usaha maksimal berdasarkan kemampuan dan pengetahuannya untuk menolong penderita. Akan tetapi, hasil dari usaha tersebut bukan merupakan suatu kepastian akan kesembuhan. Hal ini disebabkan oleh daya tahan tubuh pasien adalah tidak sama, tingkat keparahan penyakit pada saat pasien datang kepada dokter atau rumah sakit juga memengaruhi, serta kepekaan atau efek samping obat terhadap masing-masing pasien adalah tidak sama.

2) Berdasarkan Pasal 1366 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata

Seorang dokter selain dapat dituntut atas dasar wanprestasi dan melanggar hukum seperti tersebut di atas, dapat pula dituntut atas dasar lalai sehingga menimbulkan kerugian. Gugatan atas dasar kelalaian ini diatur dalam Pasal 1366 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, yang bunyinya sebagai berikut:

"Setiap orang bertanggung jawab tidak saja untuk kerugian yang disebabkan karena perbuatannya, tetapi juga untuk kerugian yang disebabkan karena kelalaian atau kurang hati-hatinya."

Dalam hal yang berkaitan dengan Pasal 1366 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, menurut ketua MP2A dikatakan bahwa kasus ini jarang sekali terjadi. Ada kasus kelalaian dokter, namun telah diselesaikan secara kekeluargaan, yaitu dengan memberikan ganti rugi kepada pasien dan keluarganya, yaitu pasien dibebaskan dari biaya operasi, obat, dan rumah sakit.

3) Berdasarkan Pasal 1367 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata

Seseorang harus memberikan pertanggungjawaban tidak hanya atas kerugian yang ditimbulkan dari tindakannya sendiri, tetapi juga atas kerugian yang ditimbulkan dari tindakan orang lain yang berada di bawah pengawasannya (Pasal 1367 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata). Dalam hal ini, maka orang tua atau wali bertanggung jawab atas anak-anak yang belum dewasa atau yang berada di bawah perwaliannya, juga majikan terhadap orang-orang yang mewakili urusannya (yang menjadi kuasanya), dan tanggung jawab tersebut lenyap atau berakhir apabila mereka itu dapat membuktikan bahwa mereka tidak dapat mencegah perbuatan yang di bawah tanggung jawabnya itu.

Dengan demikian, pada pokoknya ketentuan Pasal 1367 BW mengatur mengenai pembayaran ganti rugi oleh pihak yang menyuruh atau yang memerintahkan sesuatu pekerjaan yang mengakibatkan kerugian pada pihak lain tersebut.

Suatu contoh yang sangat terkenal mengenai hal ini di negeri Belanda ialah apa yang disebut sebagai *Nuboer Arrest*, yaitu *Arrest Hoge Raad* (selanjutnya disingkat HR) tanggal 31 Mei 1968, *Nederlandsch Jurisprudentie* (selanjutnya disingkat NJ) 1968, 323. Secara pokok, *Nuboer Arrest* adalah *Arrest* yang mengadili seorang ahli bedah jantung Prof. Nuboer,³ yang melakukan operasi jantung dengan dibantu oleh tiga ahli bedah yang lain dan seorang juru rawat berijazah. Dalam kasus tersebut, setelah operasi berakhir dan pasien dinyatakan sembuh sehingga dikeluarkan dari rumah sakit, ternyata mengalami banyak keluhan sakit punggung sehingga tiap malam tidak bisa tidur. Melalui dokter, keluarganya setelah diadakan foto *rontgen* ternyata bahwa ada sebuah jarum suntik yang tertinggal dalam *thorax* si pasien dan dengan demikian merupakan *res alienea*. Walaupun kemudian oleh Prof. Nuboer jarum injeksi tersebut dikeluarkan, tuntutan yang diajukan kepadanya berdasarkan tuduhan *primair wanprestasi*, dan sekunder *onrechtmatige daad* tetap diajukan.

3) Periksa Hermien Hadiati Koeswadji, 1984, *op. cit.*, h. 36.

Nuboer Arrest ini merupakan contoh yang tepat dalam hal melakukan tindakan medis dalam suatu ikatan tim. Namun, dari *arrest* tersebut hendaknya dapat dipetik beberapa pengertian untuk dapat mengikuti permasalahannya lebih jauh. Apabila dihubungkan dengan ketentuan Pasal 1367 BW, terlebih dahulu perlu diadakan identifikasi mengenai sampai seberapa jauh tanggung jawab perdata dari para dokter pembantu **Prof. Nuboer** tersebut. Pertama-tama, diketahui siapakah yang dimaksudkan dengan bawahan. Adapun yang dimaksudkan dengan bawahan dalam arti yang dimaksud oleh Pasal 1367 BW adalah pihak-pihak yang tidak dapat bertindak secara mandiri dalam hubungan dengan atasannya karena memerlukan pengawasan atau petunjuk-petunjuk lebih lanjut secara tertentu. Apabila tindakan dokter tersebut dikaitkan dengan ketentuan Pasal 1367 BW, tanggung jawab dokter tersebut sangat luas walaupun dalam kenyataannya pembagian tugas dalam hubungan tim tersebut tidak seperti yang dimaksudkan oleh ketentuan Pasal 1367 BW. Namun, ketentuan Pasal 1367 BW masih memberikan peluang, yaitu apabila dokter tersebut dapat membuktikan bahwa mereka tidak dapat mencegah perbuatan yang ada di bawah tanggung jawabnya.

Hubungan antara dokter dan teman dokter setim, dokter dan perawat, serta dokter dan rumah sakit tempat ia melakukan operasi tersebut, ditentukan oleh suatu standar sampai seberapa jauh keadaan tegang (*in-spanning*) tersebut telah dokter lakukan. Standar sampai seberapa jauh keadaan tegang ini telah diadakan itulah merupakan tolok ukur bagi dapat tidaknya seseorang dimintai pertanggungjawaban atas perbuatannya.

Dalam ilmu hukum, sikap penghati-hati ini dapat diukur apakah semua hal, baik yang merupakan *post factum* maupun *ante factum* sudah diteliti, maka barulah tanggung jawab tersebut dapat dibuktikan. Andaikata para dokter menghayati dan memahami apa yang sudah diatur dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan yang, antara lain, menemukan bahwa pemerintah mengatur kedudukan hukum, wewenang, dan kesanggupan hukum tenaga kesehatan.

Di dalam cabang hukum bidang *hospital law*, terdapat suatu doktrin khusus yang menyangkut kamar bedah yang dikenal apa yang disebut dengan

*captain of the ship*⁴. Menurut doktrin ini, apabila terjadi suatu peristiwa di kamar bedah, dokter spesialis bedahlah yang bertanggung jawab atas segala sesuatu yang terjadi selama pembedahan berlangsung, kecuali tindakan dokter anestesi. Dokter spesialis anestesi bertanggung jawab penuh atas segala peristiwa yang terjadi di kamar induksi (*recovery room*).

Namun, walaupun termasuk dalam bidang anestesi (*anesthetic mishap*), kadang kala doktrin *Captain of the Ship* dipergunakan secara keliru dengan menganggap bahwa dokter bedah atau dokter obgin yang melakukan pembedahan dianggap selalu yang bertanggung jawab. Secara akurat, seharusnya doktrin *Captain of the Ship* hanya menunjukkan dalam situasi jika seorang dokter lain yang melakukan kelalaian, dokter bedah/obgin itu sebenarnya harus bebas dari tuntutan kelalaian.⁵ Kecuali tentunya dokter bedah/obgin bertanggung jawab atas sesuatu kelalaian yang telah dilakukannya.

Sehubungan dengan hal itu, seorang dokter harus bertanggung jawab atas tindakan yang dilakukan oleh bawahannya, yaitu para perawat, bidan, dan sebagainya. Kesalahan seorang perawat karena menjalankan perintah dokter adalah tanggung jawab dokter. Dari keterangan responden, didapatkan data bahwa pada beberapa rumah sakit di daerah yang belum ada dokter anestesinya, maka kegagalan anestesi yang dilakukan oleh perawat anestesi menjadi tanggung jawab dari dokter operator. Demikian pula, pendelegasian wewenang yang diberikan oleh dokter terhadap bidan yang menolong persalinan adalah menjadi tanggung jawab dokter tersebut. Hal ini termasuk doktrin majikan—karyawan.

Terkait dengan Pasal 1367 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, direktur rumah sakit ikut berbagi tanggung jawab jika ada kesalahan dari dokter yang menjadi tanggung jawabnya, hal ini disebut sebagai *vicarius liability*.

Hasil penelitian di Semarang, pasien ikut menggugat rumah sakit, ada 20 kasus, namun semua itu menyangkut rumah sakit swasta. Untuk rumah

4) Periksa J. Guwandi, *Hospital Law (Emerging Doctrines & Jurisprudence)*, FKUI, Jakarta, 2002, h. 17.

5) Periksa J. Guwandi, 2002, *ibid.*, h. 17.

sakit pemerintah dan rumah sakit pendidikan ada 15 kasus. Di beberapa rumah sakit swasta di Semarang, masalah sengketa dokter dengan pasien yang melibatkan rumah sakit diselesaikan oleh Komite Medik dari masing-masing rumah sakit yang bersangkutan. Peran Komite Medik ini sangat besar karena dialah yang menjadi penghubung atau bahkan sebagai penengah sengketa tersebut. Dari penelitian, ditemukan penyebab sengketa terbesar adalah pasien menganggap bahwa dokter yang merawat telah melakukan malpraktik. Karena suatu kegagalan dalam pelayanan medis itu selalu dikonotasikan sebagai suatu tindakan yang malpraktik. Di sini terjadi perbedaan persepsi antara kalangan medis dan orang di luar profesi medis tersebut. Di mana menurut profesi medis itu, upaya pelayanan medis adalah suatu kewajiban berusaha yang didasarkan oleh keahlian sumpah, kode etik, dan standar profesi untuk menolong penderita dan objek perikatan antara dokter dan pasien adalah berupa upaya penyembuhan. Namun, dari pihak pasien ada sebagian yang tidak dapat menerima.

Peran rumah sakit seperti tersebut di atas, terutama direktur dan Komite Medik sangat membantu dokter yang bermasalah, dapat meringankan beban yang harus ditanggungnya. Dari hasil wawancara dengan direktur rumah sakit swasta yang terkait, diperoleh data bahwa tanggung jawab rumah sakit terhadap dokter itu dibedakan menjadi dua, yaitu untuk dokter yang *full time* bekerja di rumah sakit tersebut, rumah sakit bertanggung jawab penuh, sedangkan untuk dokter tamu atau *part time*, maka rumah sakit hanya berusaha membantu dalam meringankan beban jika hal ini sampai ke pengadilan. Namun, apabila sengketa dokter dengan pasien ini dapat diselesaikan dengan musyawarah saja, yang menyangkut biaya rumah sakit dibebaskan. Ini merupakan perwujudan tanggung jawab moral dari rumah sakit.

2. Tanggung Jawab Hukum Dokter dalam Bidang Hukum Pidana

Seiring dengan semakin meningkatnya kesadaran hukum masyarakat, dalam perkembangan selanjutnya timbul permasalahan tanggung jawab

pidana seorang dokter, khususnya yang menyangkut dengan kelalaian, hal mana dilandaskan pada teori-teori kesalahan dalam hukum pidana.

Tanggung jawab pidana di sini timbul jika pertama-tama dapat dibuktikan adanya kesalahan profesional, misalnya, kesalahan dalam diagnosis atau kesalahan dalam cara-cara pengobatan atau perawatan.

Dari segi hukum, kesalahan/kelalaian akan selalu berkaitan dengan sifat melawan hukumnya suatu perbuatan yang dilakukan oleh orang yang mampu bertanggung jawab. Seseorang dikatakan mampu bertanggung jawab apabila dapat menginsafi makna yang senyatanya dari perbuatannya, dapat menginsafi perbuatannya itu tidak dipandang patut dalam pergaulan masyarakat dan mampu untuk menentukan niat/kehendaknya dalam melakukan perbuatan tersebut.

Dengan demikian, kemampuan bertanggung jawab ialah keadaan moralitas psikis dan kematangan (kecerdasan) yang membawa tiga kemampuan, yaitu: mampu untuk mengerti nilai dan akibat-akibat dari perbuatannya sendiri, mampu untuk menyadari bahwa perbuatannya itu menurut pandangan masyarakat tidak diperbolehkan, dan mampu untuk menentukan kehendaknya atas perbuatan-perbuatan yang dilakukannya itu.

Sehubungan dengan kemampuan bertanggung jawab ini, dalam menentukan bahwa seseorang itu bersalah atau tidak menurut hukum, ditentukan oleh tiga faktor, yaitu keadaan batin orang yang melakukan itu, maksudnya adalah bahwa pelaku menyadari atau tidak perbuatan yang dilakukan itu merupakan perbuatan yang dilarang oleh undang-undang dan adanya hubungan batin antara pelaku dan perbuatan yang dilakukan, yaitu berupa *dolus* (kesengajaan) atau *culpa* (kelalaian/kealpaan), serta tidak adanya alasan pemaaf.

Mengenai kelalaian (*negligence*) mencakup dua hal, yaitu karena melakukan sesuatu yang seharusnya tidak dilakukan atau karena tidak melakukan sesuatu yang seharusnya dilakukan.

Suatu perbuatan dapat dikategorikan sebagai *criminal malpractice* apabila memenuhi rumusan delik pidana, yaitu: perbuatan tersebut harus merupa-

Pertanggungjawaban Dokter terhadap Pasien dalam

kan perbuatan tercela dan dilakukan sikap batin yang salah, yaitu berupa kesengajaan, kecerobohan, atau kelaptaan.

Kesalahan atau kelalaian tenaga kesehatan dapat terjadi di bidang hukum pidana, diatur antara lain dalam: Pasal 263, 267, 294 ayat (2), 299, 304, 322, 344, 347, 348, 349, 351, 359, 360, 361, dan 531 Kitab Undang-Undang Hukum Pidana.

Ada perbedaan penting antara tindak pidana biasa dan 'tindak pidana medis.' Pada tindak pidana biasa, yang terutama diperhatikan adalah 'akibatnya', sedangkan pada tindak pidana medis adalah penyebabnya. Walaupun berakibat fatal, tetapi jika tidak ada unsur kelalaian atau kesalahan, dokternya tidak dapat dipersalahkan.

Beberapa contoh dari *criminal malpractice* yang berupa kesengajaan adalah melakukan aborsi tanpa indikasi medis, membocorkan rahasia kedokteran, tidak melakukan pertolongan seseorang yang dalam keadaan *emergency*, melakukan *eutanasia*, menerbitkan surat keterangan dokter yang tidak benar, membuat *visum et repertum* yang tidak benar, dan memberikan keterangan yang tidak benar di sidang pengadilan dalam kapasitas sebagai ahli. Mengenai abortus tanpa indikasi medis walaupun kenyataan di lapangan banyak terjadi, dalam kurun waktu 2001—2002 tidak ada yang sampai ke pengadilan. Sedangkan masalah membocorkan rahasia kedokteran, tidak melakukan pertolongan dalam keadaan *emergency* dan melakukan *eutanasia* di Semarang tidak pernah terjadi. Sedangkan contoh dari *criminal malpractice* yang berupa kecerobohan adalah melakukan tindakan medis yang tidak *lege artis* dan melakukan tindakan medis tanpa *informed consent*. Contoh *criminal malpractice* yang berupa kealpaan adalah kurang hati-hati sehingga meninggalkan benda dalam tubuh pasien atau kurang hati-hati sehingga pasien menderita luka, cacat, atau meninggal dunia.

Mengenai *criminal malpractice* yang berupa kecerobohan banyak kasus yang muncul di rumah sakit swasta. Namun, semua dapat diselesaikan melalui Komite Medik Rumah Sakit, sedangkan yang masuk ke pengadilan negeri ada tiga kasus, namun semua berakhir dengan kemenangan dokter.

Dalam literatur hukum kedokteran negara Anglo Saxon, antara lain, dari Taylor dikatakan bahwa seorang dokter baru dapat dipersalahkan dan digugat menurut hukum apabila dia sudah memenuhi syarat 4D, yaitu: *duty* (kewajiban), *derelictions of that duty* (penyimpangan kewajiban), *damage* (kerugian), dan *direct causal relationship* (berkaitan langsung).

Duty atau kewajiban bisa berdasarkan perjanjian (*ius contractu*) atau menurut undang-undang (*ius delicto*). Juga adalah kewajiban dokter untuk bekerja berdasarkan standar profesi. Kini adalah kewajiban dokter pula untuk memperoleh *informed consent*, dalam arti wajib memberikan informasi yang cukup dan mengerti sebelum mengambil tindakannya. Informasi itu mencakup, antara lain, risiko yang melekat pada tindakan, kemungkinan timbul efek sampingan, alternatif lain jika ada, apa akibat jika tidak dilakukan, dan sebagainya. Peraturan tentang persetujuan tindakan medis (*informed consent*) sudah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 585 Tahun 1989.

Penentuan bahwa adanya penyimpangan dari standar profesi medis (*dereliction of the duty*) adalah sesuatu yang didasarkan atas fakta-fakta secara kasuistis yang harus dipertimbangkan oleh para ahli dan saksi ahli. Namun, sering kali pasien mencampuradukkan antara akibat dan kelalaian. Bahwa timbul akibat negatif atau keadaan pasien yang tidak bertambah baik belum membuktikan adanya kelalaian. Kelalaian itu harus dibuktikan dengan jelas. Harus dibuktikan dahulu bahwa dokter itu telah melakukan *breach of duty*.

Damage berarti kerugian yang diderita pasien itu harus berwujud dalam bentuk fisik, finansial, emosional, atau berbagai kategori kerugian lainnya, di dalam kepustakaan dibedakan: kerugian umum (*general damages*), termasuk kehilangan pendapatan yang akan diterima, kesakitan dan penderitaan, dan kerugian khusus (*special damages*), kerugian finansial nyata yang harus dikeluarkan, seperti biaya pengobatan, dan gaji yang tidak diterima.

Sebaliknya, jika tidak ada kerugian, juga tidak ada penggantian kerugian. *Direct causal relationship* berarti bahwa harus ada kaitan kausal antara tindakan yang dilakukan dan kerugian yang diderita.

Sebagai contoh, dalam menganalisis apakah perbuatan dokter itu mengandung tanggung jawab pidana apa tidak adalah dalam hal melakukan pembedahan.

Pertama-tama, yang perlu dikemukakan adalah pembedahan dengan indikasi medis. Apakah hal itu dilakukan dokter terhadap pasien, maka perbuatan dokter tersebut dapat dibenarkan. Pendapat demikian dapat ditelaah dari Undang-Undang Nomor 6 Tahun 1963 jo. Kitab Undang-Undang Hukum Perdata bahwa hak atau wewenang profesional merupakan dasar pembenaran yuridis yang meniadakan sifat perbuatan melanggar hukum. Dengan demikian, perbuatan dokter dapat dibenarkan karena membedah itu didasarkan pada wewenang profesional dari dokter yang diakui oleh peraturan perundang-undangan yang mengatur perihal hak dan wewenang dokter di dalam menerapkan ilmu dan keterampilannya.

3. Tanggung Jawab Hukum Dokter dalam Bidang Hukum Administrasi

Sebagai subjek hukum administrasi negara, dokter mempunyai hak dan kewajiban. Setelah lulus studi di Fakultas Kedokteran, lebih dianggap mampu untuk menerapkan ilmunya. Walaupun begitu, yang bersangkutan belum boleh menerapkan ilmu yang telah dikuasainya terhadap masyarakat karena masih ada beberapa persyaratan administratif yang harus dipenuhi, di antaranya adalah: Peraturan Pemerintah Nomor 36 Tahun 1964 tentang Pendaftaran Ijazah dan Pemberian Izin Melaksanakan Pekerjaan Dokter atau Dokter Gigi atau Apoteker, yang kemudian diganti dengan Peraturan Pemerintah Nomor 1 Tahun 1988 tentang Masa Bakti dan Izin Praktik Dokter dan Dokter Gigi dan Surat Penugasan, yang memberikan kewenangan kepada dokter untuk dapat melakukan pekerjaan sebagai dokter dan sebagai dasar permintaan izin praktik, serta surat izin praktik merupakan izin yang diberikan kepada dokter untuk menjalankan praktik setelah memenuhi persyaratan tertentu.

Jika dokter tidak mempunyai surat izin praktik, tetapi tetap membuka praktik dokter, dia akan dikenakan sanksi administratif yang berupa teguran lisan atau tulisan, *skorsing*, dan dapat pula berupa pencabutan izin

praktik. Terhadap pelanggaran hukum administrasi ini tidak hanya dijatuhi sanksi administrasi, tetapi dapat pula sanksi pidana.

Menurut ketua MP2A Jawa Tengah, dikatakan bahwa hingga saat ini jarang ada kasus pelanggaran di bidang administrasi. Kalaupun ada, dengan peringatan yang berupa teguran lisan saja, dokter tersebut sudah dapat memperbaiki kesalahannya.

Dikatakan pelanggaran *administrative malpractice* jika dokter melanggar hukum tata usaha negara. Contoh tindakan dokter yang dikategorikan sebagai *administrative malpractice* adalah menjalankan praktik tanpa izin, melakukan tindakan medis yang tidak sesuai dengan izin yang dimiliki, melakukan praktik dengan menggunakan izin yang sudah kedaluwarsa dan tidak membuat rekam medis.

Menurut peraturan yang berlaku, seseorang yang telah lulus dan diwisuda sebagai dokter, tidak secara otomatis boleh melakukan pekerjaan dokter. Ia harus lebih dahulu mengurus lisensi agar memperoleh kewenangan di mana tiap-tiap jenis lisensi memerlukan *basic science* dan mempunyai kewenangan sendiri-sendiri. Tidak dibenarkan melakukan tindakan medis yang melampaui batas kewenangan yang telah ditentukan. Meskipun seorang dokter ahli kandungan mampu melakukan operasi amandel, namun lisensinya tidak membenarkan dilakukan tindakan medis tersebut. Jika ketentuan tersebut dilanggar, dokter dapat dianggap telah melakukan *administrative malpractice* dan dapat dikenai sanksi administratif, misalnya, berupa pembekuan lisensi untuk sementara waktu.

Pasal 11 Undang-Undang Nomor 6 Tahun 1963, sanksi administratif dapat dijatuhkan terhadap dokter yang melalaikan kewajiban, melakukan suatu hal yang seharusnya tidak boleh diperbuat oleh seorang dokter, baik mengingat sumpah jabatannya maupun mengingat sumpah sebagai dokter, mengabaikan sesuatu yang seharusnya dilakukan oleh dokter, dan melanggar ketentuan menurut atau berdasarkan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 1963.

BAB IX PENUTUP

A. KESIMPULAN

1. Saat Terjadinya Hubungan Hukum antara Dokter dan Pasien

Saat terjadinya hubungan hukum antara dokter dan pasien, yaitu pada saat pasien menyatakan keluhannya dan ditanggapi oleh dokter. Di sini walaupun tidak ada perjanjian secara tertulis dan nyata, tersirat dengan gerakan yang disebut *implied consent*.

2. Penyebab Terjadinya Sengketa antara Dokter dan Pasien

- a. Adanya kesenjangan antara harapan dari masyarakat pengguna jasa medis dan kenyataan yang diterima.
- b. Adanya perbedaan persepsi dari sebagian masyarakat pengguna jasa medis mengenai hasil dari pelayanan medis. Mereka kurang mengerti bahwa perikatan antara dokter dan pasien itu adalah bersifat *inspaningsverbintenis*, yang objeknya merupakan kewajiban upaya dengan hati-hati, cermat, dan penuh ketegangan. Mereka menganggap hasil akhir adalah akan menuntut dokter dengan menyebutnya sebagai malpraktik.
- c. Adanya kesalahpahaman antara dokter dan pasien karena pasien tidak mengerti istilah kedokteran, tetapi enggan untuk bertanya karena malu.

3. Tanggung Jawab Dokter terhadap Pasien dalam Upaya Pelayanan Medis di Rumah Sakit

- a. Tanggung jawab etik, yaitu yang menyangkut moral profesi yang terangkum dalam lafal sumpah dokter dan dijabarkan dalam Kode Etik Kedokteran Indonesia.
- b. Tanggung jawab profesi, yaitu tanggung jawab yang berkaitan dengan profesi dokter yang menyangkut kemampuan dan keahlian dokter dalam menjalankan tugas profesinya.
- c. Tanggung jawab hukum yang meliputi tiga bidang hukum, yaitu:

- 1) *Tanggung jawab dalam bidang hukum perdata yang terkait dengan aturan-aturan/pasal-pasal dalam Kitab Undang-Undang Hukum Perdata*

Tanggung jawab tersebut mencakup dua hal, yaitu:

- a) Tanggung jawab hukum perdata dokter kepada pasien karena wanprestasi terkait dengan syarat sahnya suatu perjanjian yang diatur dalam Pasal 1320 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata di mana syarat ke-3 mengenai objeknya harus tertentu tidak dapat terpenuhi, mengingat objek perikatan antara dokter dan pasien berupa upaya dokter untuk menyembuhkan pasien secara cermat, hati-hati, dan penuh ketegangan (*inspanningsverbintenis*) sehingga Pasal 1320 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata tidak dapat serta-merta diterapkan dalam perikatan antara dokter dan pasien.
- b) Tanggung jawab hukum perdata dokter karena perbuatan melawan hukum. Tanggung jawab hukum perdata dokter karena perbuatan melanggar hukum (*onrechtmatige daad*) ini diatur dalam Pasal 1366, dan 1367 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, yaitu bahwa dokter harus bertanggung jawab

atas kesalahannya yang merugikan pasien dan untuk mengganti kerugian, selain itu dokter harus bertanggung jawab atas kerugian yang disebabkan oleh kelalaian dan kurang hati-hati dalam menjalankan tugas profesionalnya, serta dokter harus bertanggung jawab terhadap kesalahan yang dilakukan oleh bawahannya yang atas perintahnya melakukan perbuatan tersebut.

2) *Tanggung jawab dokter dalam bidang hukum pidana*

Tanggung jawab ini timbul jika karena ada kesalahan profesional, yaitu kesalahan, baik dalam diagnosa dan terapi maupun tindakan medik tertentu yang harus memenuhi empat syarat, yaitu *duty of care* (kewajiban perawatan), *dereliction of that duty* (penyimpangan kewajiban), *damage* (kerugian), *direct causal relationship* (ada kaitannya dengan penyimpangan kewajiban dengan kerugian yang timbul), baik yang terdiri atas kesengajaan maupun kealpaan.

3) *Tanggung jawab dokter dalam bidang hukum administrasi*

Yaitu tanggung jawab dokter yang berkaitan dengan persyaratan administrasi yang menyangkut kewenangan dokter dalam menjalankan tugas profesinya.

B. SARAN

1. Untuk dapat mengurangi sengketa medis antara dokter dan pasien, dokter dalam menjalankan tugas profesinya jangan menjamin hasil pengobatan; dokter diharapkan dapat memberikan pelayanan yang sesuai dengan harapan pasien, yaitu perawatan yang informatif, manusiawi, dan bermutu, sesuai dengan standar profesi dan dokter harus senantiasa meningkatkan keahliannya melalui kursus-kursus, seminar, dan simposium, serta dalam memberikan penjelasan terhadap pasien

Penutup

- agar menggunakan bahasa yang sederhana (jangan menggunakan istilah kedokteran) agar mudah dimengerti oleh pasien yang awam terhadap profesi kedokteran.
2. Rumah sakit agar lebih meningkatkan citra dalam pelayanan medis terhadap pasien, terutama bagi rumah sakit pendidikan agar lebih efektif dalam pengaturan mengenai kewenangan seorang dokter yang baru menempuh studi lanjut (spesialisasi) di mana dalam menjalankan tugasnya, harus didampingi oleh seniornya agar dapat mengurangi kesalahan dalam melaksanakan tindakan operasional terhadap pasien.
 3. Pasien agar lebih memahami bahwa hubungan hukum antara dokter dan pasien itu melahirkan aspek hukum *in Spannings-verbintenis* karena objek dari hubungan hukum itu adalah upaya maksimal yang dilakukan oleh dokter secara hati-hati dan penuh ketegangan berdasarkan pengetahuannya untuk menyembuhkan pasien. Jadi, tidak menjanjikan suatu hasil yang pasti.
 4. Penyelesaian sengketa medis antara dokter dan pasien lebih diutamakan melalui komite medik rumah sakit dan penyelesaian melalui pengadilan merupakan jalan yang terakhir.
 5. Dokter dalam menjalankan profesinya agar mendapat perlindungan hukum, mengingat banyaknya tuntutan/gugatan pasien yang hanya disebabkan oleh adanya perbedaan persepsi dan miskomunikasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Achadiat, Chrisdiono M., 1996. *Pernik-Pernik Hukum Kedokteran, Melindungi Pasien dan Dokter*. Widyia Medika, Jakarta.
- Alton, Walter G. 1977. *Malpractice. A Trial Lawyers Advice for Physicians (How to Avoid, How to Win)*. Little Brown and Company, Boston.
- Ameln, Fred. 1991. *Kapita Selektta Hukum Kedokteran*. Grafika Tama Jaya.
- Arras, John & Hans, Robert. 1983. *Ethical Issues in Modern Medicine*. Mayfield Publishing Company, USA.
- Bellah, Robert N. 1992. *Religi Tokugawa, Akar-Akar Budaya Jepang (Seri Pengkajian Kebudayaan Jepang)*. Karti Sarana dan Gramedia, Jakarta.
- Berger, Peter L. 1969. *The Sacred Canopy, Garden City*. Anchor Book.
- Bertens, K. 1993. *Etika*. PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
-, 2001. *Dokumen Etika dan Hukum Kedokteran*. Universitas Atmajaya, Jakarta.
- Black, H.C. 1979. *Black's Law Dictionary*. West Publishing Co. St. Paul, Minnesota.
- Blumer, Herbert. 1969. *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. Englewood Cliff, N.J. Prentice Hall.
- Charnahan, Charles Wendell. 1955. *The Dentist and the Law*. CV Mosby Company. Second Printing, USA.

Daftar Pustaka

- Dahlan, Sofwan. 2000. *Hukum Kesehatan. Rambu-Rambu bagi Profesi Dokter*. BP Undip, Semarang.
- Darmaputra, Eka. 1988. *Pancasila Identitas dan Moralitas: Tujuan Etis Budaya*. BPK Gunung Mulia, Jakarta.
- Guwandi, J. Tanpa Tahun. *Dokter dan Hukum*. Monella, Jakarta.
- , 1991. *Hukum dan Rumah Sakit*. FK UI, Jakarta.
- , 1992. *Trilogi Rahasia Kedokteran*. FK UI, Jakarta.
- , 1993. *Malpraktik Medik*. FK UI, Jakarta.
- , 2002. *Hospital Law (Emerging Doctrines & Jurisprudence)*. FK UI, Jakarta.
- Hanafiah, M. Yusuf and Amir, Amri. 1987. *Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan*, EGC, Jakarta.
- Iskandar, Dalmy. 1998. *Hukum Rumah Sakit dan Tenaga Kesehatan*. Sinar Grafika, Jakarta.
- Johnson, Doyle Paul. 1990. *Teori Sosiologi Klasik dan Modern*. Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Jones. 1951. *Essays in Applied Psycho Analysis*. Hogarth Press, London.
- King, Joseph H. 1986. *The Law of Medical Malpractice*. West Publishing Company, St. Paul, Minnesota.
- Kleden, Ignas. 1984. *Hukum dan Masalah Medik*. Erlangga University Press, Surabaya.
- Koeswadji, Hermien Hadiati. 1984. *Hukum dan Masalah Medik*. Erlangga University Press, Surabaya.
- , 1993. *Hukum Pidana Lingkungan*. PT Citra Aditya Bakti, Bandung.
- , 1998. *Hukum Kedokteran (Studi tentang Hubungan Hukum dalam Mana Dokter sebagai Salah Satu Pihak)*. PT Citra Aditya Bakti, Bandung.

- Komalawati, Veronika. 1999. *Peranan Informed Consent dalam Transaksi Terapeutik*. PT Citra Aditya Bakti, Bandung.
- Leenen, H.J.J. and Lamintang, PA F. 1991. *Pelayanan Kesehatan dan Hukum*. Bina Cipta, Bandung.
- Lumenta, Benyamin. 1987. *Pasien. Citra, Peran, dan Perilaku*. Kanisius, Yogyakarta.
- Maryati, Ninik. 1988. *Malpraktik Kedokteran dari Segi Hukum Pidana dan Perdata*. PT Bina Aksara, Jakarta.
- , 1993. *Bab-Bab tentang Penemuan Hukum*. PT Citra Aditya Bakti, Bandung.
- Mijn, Van Der. 1982. *Beroepswetgeving in the Gezondheidszorg*. Kluwer, Deventer.
- Mikes, Matthew B. dan Huberman, A. Michael. 1992. *Analisis Data Kualitatif*. UI Press, Jakarta.
- Moleong, Lexy J. 2000. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. PT Remaja Rosdakarya, Yogyakarta.
- Panitia Etika Rumah Sakit. 1991. *Etika Rumah di Rumah Sakit Dr. Cipto Mangunkusumo*. Jakarta.
- Parsons, Talcott. 1951. *The Social System*. The Free Press, New York.
- Parsons, Talcott and Shils, Edward. 1976. *Toward A General Theory of Action*. Harvard University Press, Cambridge & London.
- Patrik, Purwahid. 1994. *Dasar Hukum Perikatan*. Mandar Maju, Bandung.
- Pengurus Besar IDI. 1994. *Panduan Aspek Hukum Praktek Swasta Dokter*. IDI.
- Polak, K. 1963. *The Healers*. Nelson, London.
- Posner, Richard A. *Overcoming Laws*. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts and, London
- Purwohadiwardojo, Al. 1989. *Etika Medis*. Kanisius, Yogyakarta.

Daftar Pustaka

- Putra, Sarsintorini. 2000. "Perspektif Hukum Kesehatan Indonesia dalam Mewujudkan Derajat Kesehatan Masyarakat yang Optimal". Pidato Pengukuhan Guru Besar Ilmu Hukum, Untag, Semarang.
- Rahardjo, Satjipto. 1996. *Ilmu Hukum*. PT Citra Aditya Bakti, Bandung.
- Rang, J.F. 1993. *Patient en Recht*. Stafleu, Leiden.
- Ritzer, Georges. 1992. *Sociological Theory*. McGraw-Hill Book Co., London.
- , 1996. *Modern Sosoiological Theory*. McGraw—Hill Book Co. London.
- , 2002. *Sosiologi Ilmu Pengetahuan Berparadigma Ganda*. PT Raja Grafindo Persada, Jakarta.
- Roach, Jr., et all. 1985. *Medical Record and the Law*. Royal Tunbrige Wells Rockvile, Maryland.
- R., Tjong. 1991. *Problem Etis Upaya Kesehatan*. Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Samil, Ratna Suprapti. 1994. *Etika Kedokteran Indonesia*. FK UI, Jakarta.
- Sidharta. 1993. *Pemeriksaan Klinis Umum*. Dian Rakyat, Jakarta.
- Soekanto, Soerjono. 1983. *Aspek Hukum dan Etika Kedokteran di Indonesia*. PT Temprin, Jakarta.
- , 1989. *Aspek Hukum Kesehatan*. Ind-Hill-Co. Jakarta.
- , 1990. *Segi-Segi Hukum, Hak dan Kewajiban Pasien dalam Kerangka Hukum Kesehatan*. Mandar Maju, Bandung.
- Soekanto Soerjono dan Herkutanto. 1987. *Pengantar Hukum Kesehatan*. Remaja Karya, Bandung.
- Soeprapto, HR Riyadi. 2002. *Interaksionisme Simbolik. Perspektif Sosiologi Modern*. Pustaka Pelajar, Yogyakarta.
- Steeman, Theodore M. 1973. *Religious Pluralism and National Integration*. Harvard University Press, Yogyakarta.

- Subekti, R. dan R. Tjitrosudibio. 1995. *Kitab Undang-Undang Hukum Perdata*. PT Pradnya Paramita, Jakarta.
- Supriyadi, Wila Chandrawila. 2001. *Hukum Kedokteran*. Mandar Maju, Bandung.
- Thiroux. 1980. *Ethics, Theory, and Practice*. Glencoe Publishing Co. Inc., California.
- Utrecht. 1958. *Hukum Pidana I*. Pustaka Tinta Mas, Surabaya.
- Wiryanto. 1979. *Profesi Advokasi*. Alumni, Bandung.
- Zeitlin, Irving M. 1995. *Memahami Kembali Sosiologi*. Alih Bahasa Anshori dan Juwanda. Gajahmada University Press, Yogyakarta.

JURNAL DAN MAKALAH

- Annas, George J. 1981. "Patient Right: An Agenda for the 80s". *NR. Nursing Law and Ethics*. Vol. 2, No. 4, April.
- Azwar, Azrul. 1996. "Kriteria Malpraktek dalam Profesi Kesehatan". Makalah dalam Kongres Nasional IV PERHUKI di Surabaya. 26—27 Juli.
- Dahlan, Sofwan. 2000. "Konflik dalam Hubungan Dokter dengan Pasien". Makalah pada Pertemuan Koordinasi Organisasi Profesi IDI Wilayah Jawa Tengah, 12—13 Agustus di Ungaran.
- , 2001. "Informed Consent". Makalah pada Seminar Aspek Mediko Legal bagi Profesi Dokter. Dalam rangka HUT Ke-50 RS Telogorejo 30 Januari di Semarang.
- Darsono, Soeraryo. 2000. "Hak dan Kewajiban Dokter dan Pasien". Makalah pada Pertemuan Koordinasi Organisasi Profesi IDI Wilayah Jawa Tengah, 12—13 Agustus di Semarang.
- Hariadi, H.R. 2000. "Sorotan Masyarakat terhadap Profesi Kedokteran". Makalah dalam Sarasehan Penanganan Terpadu Masalah Etik dan Hukum Kedokteran, 23 September di Surabaya.

- Harkrisnowo, Harkristuti. 2001. "Hukum Pidana dan Hukum Acara Pidana dalam Penanganan Tindak Pidana Medis". Makalah pada Kursus Singkat Tenaga Penanganan Dini Konflik Etiko Legal dan Sengketa Medik di Rumah Sakit, Jakarta 16—19 April.
- Haroen, Anna. 2000. "Penanganan Masalah Pelanggaran Etik dan Hukum Kedokteran". Makalah dalam Sarasehan Penanganan Terpadu Masalah Etik dan Hukum Kedokteran. 23 September di Surabaya.
- Koeswadji, Hermien Hadiati. 1996. "Tinjauan dari Sègi Hukum terhadap Kesalahan/Kelalaian Medik". Makalah dalam Kongres Nasional IV Perhimpunan Hukum Kesehatan Indonesia, 26—27 Juli di Surabaya.
- , 1998. "Hak-Hak dan Kewajiban Penderita".
- Parsons, Talcott. 1969. "Research with Human Subject and the Professional Complex". Makalah dalam *Jurnal Daedalus*.
- Scalen Eileen A. and William E. Wiethoff. 1998. "The Ethos of Expert Witness". Makalah dalam *Hospital Law Journal*, Vol. 49. April.
- Sudjana, J.C. 1993. "Peningkatan Peran PERHUKI oleh Perdilan Profesi". Makalah disampaikan dalam Kongres Nasional III PERHUKI di Yogyakarta, 29—30 Januari.

SURAT KABAR

- Guwandi, J. 1987. "Perkara Tindak Medik (Medical Malpractice)". *Harian Kompas*, 5 Mei.
- Lengkong, Umie R. 1988. "Beberapa Teori Mengenai Malpraktik". Makalah pada *Harian Kompas*, 5 Mei.
- Soekanto, Soerjono. Tanpa Tahun. "Pendidikan Hukum, Penelitian dan Profesi yang Berhubungan dengan Hukum". *Majalah Hukum Keadilan*, Tahun IV. No. 5—6.

-, 1985. "Tanggung Jawab Hukum (Liability) Dokter Ditinjau dari Segi Hukum Pidana". Majalah *Padjadjaran*. Jilid XV. No. 12, Bandung.
- Soekanto, Soerjono. 1985. "Beberapa Catatan tentang Hukum Malpraktik". *Harian Kompas*, 8 Januari.

DAFTAR PERATURAN

- Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan. Sinar Grafika, Jakarta.
- Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 031/Birhub/1972 tentang Rumah Sakit Pemerintah.
- Surat Edaran Direktur Jenderal Pelayanan Medik Nomor: YM.02.04.3.5.2504. Tanggal 10 Juni 1997 tentang Pedoman Hak dan Kewajiban Pasien, Dokter, dan Rumah Sakit.

LAMPIRAN I

**KEPUTUSAN PERKARA
NOMOR 30/PDT.G/2001/PN SMG**

Dalam Perkara antara:

Yayasan Kristen untuk Kesehatan Cabang Semarang,
Pengelola Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Tergugat I Konvensi/
Penggugat Rekonvensi
dr. Mika I. Tobing, Sp.PD. Tergugat II Konvensi/Penggugat
Rekonvensi

Melawan:

Yusuf Yasmanto: Penggugat Konvensi/Tergugat Rekonvensi

Keputusan perkara tersebut telah dibacakan oleh Majelis Hakim yang diketuai oleh Soedarman, S.H. pada hari Kamis tanggal 30 Agustus 2001 di persidangan yang terbuka untuk umum di Pengadilan Negeri Semarang dengan dihadiri oleh Penggugat, kuasa Tergugat I, dan kuasa Tergugat II, dengan amar putusan sebagai berikut:

- I. **DALAM KONVENSI**
DALAM EKSEPSI
 - Menolak seluruh eksepsi Tergugat I dan Tergugat II.
- DALAM POKOK PERKARA**
 - Menolak gugatan Penggugat Konvensi untuk seluruhnya.
- II. **DALAM REKONVENSI**
 - Menolak gugatan Penggugat Rekonvensi I dan Penggugat Rekonvensi II untuk seluruhnya.
- III. **DALAM KONVENSI DAN REKONVENSI**
 - Menghukum Penggugat Konvensi dan Tergugat Rekonvensi untuk membayar biaya perkara yang timbul dalam perkara ini.

Adapun Pertimbangan-Pertimbangan Majelis Hakim adalah sebagai Berikut:

- Bahwa berdasarkan bukti T.II-2, saksi dr. AP. Pradana merujuk anak Penggugat ke Rumah Sakit Panti Wilasa dengan diagnosa *Severe Aplastik Anemia* (SAA) atau Anemia Aplastik Berat, yaitu suatu penyakit kekurangan darah sel darah merah, sel darah putih, trombosit, yang disebabkan karena tidak bekerjanya sumsum tulang pada si pasien. Kematian dapat timbul karena adanya infeksi yang tidak dapat diatasi dan terjadi pendarahan dan dapat timbul kapan saja serta di mana saja sehingga sangat diperlukan perawatan intensif.
- Bahwa berdasarkan keterangan saksi ahli Prof. Dr. Soenarto, Anemia Aplastik Berat adalah suatu penyakit kekurangan darah dikarenakan sumsum tulang tidak bekerja normal, dan mencapai keadaan yang sudah tahap fase-fase lanjut, dan sudah sangat sulit diobati karena si penderita mudah terserang penyakit lain dan juga adanya pengobatan alternatif di luar ilmu kedokteran (biasanya bagi penderita yang sudah tidak mempunyai harapan hidup pihak keluarga mencoba ke pengobatan alternatif). Persentase hidup sangat kecil sekali, bahkan menurut penelitian hampir 100% penderita mengalami kematian.
- Bahwa berdasarkan keterangan saksi dr. AP. Pradana, pasien ditangani intensif oleh saksi hanya pada tahun 1990—1991 selanjutnya hanya berobat jalan dan saksi pernah mendengar bahwa pasien dibawa oleh keluarganya menjalani pengobatan alternatif.
- Bahwa berdasarkan keterangan saksi dr. AP. Pradana, pada bulan Februari 2000, pasien datang ke saksi dr. AP. Pradana dalam keadaan panas tinggi, pucat, ada pendarahan di gusi, mata dan diindikasi dirawat dan saksi kemudian memberi rujukan agar segera dirawat di Rumah Sakit Telogorejo, tetapi karena Rumah Sakit Telogorejo penuh (menurut keterangan Penggugat) maka saksi dr. AP. Pradana membuat rujukan ke Rumah Sakit Panti Wilasa (Tergugat I) dan ke dr. Mika L. Tobing (Tergugat II).
- Bahwa berdasarkan T.II-3 sejak tanggal 16 Februari 2000 pasien dirawat di RS Panti Wilasa.

Mengenai Kelalaian dan Ketidakhati-Hatian

- Bahwa sebelum perawatan dan pengobatan dilakukan Tergugat I dan Tergugat II terhadap pasien, istri Penggugat, yaitu Nyonya Ruth Ariani

sudah menandatangani Surat Pernyataan Tindakan Medik Umum terhadap pasien (bukti T.II-3).

- Bahwa dari hasil laboratorium yang didapat, yaitu Hb 3,2 gr% dan trombosit 90.000 dengan gejala klinis pendarahan, sejak awal Tergugat II telah merencanakan pengobatan dengan pemberian transfusi *Packed Red Cell* (PRC) sebanyak 3U, dan *Trombocyte Concentrate* (TC) sebanyak 3U sebagaimana tertulis dalam Dokumen Medik Nomor R.M. 154561 RM 2 (bukti T.II-4).
- Bahwa namun di lain pihak, Penggugat menolak dilakukannya transfusi segera dari bank darah PMI dan mengatakan akan diusahakan sendiri. Bahwa penolakan dilakukannya transfusi ini ada dalam pernyataan Penggugat yang dibuat pada tanggal 16 Februari 2000 (bukti T.II-5).
- Setelah pihak keluarga dimotivasi berulang kali tetap menolak dilakukan transfusi, dan hanya menyetujui diberikannya darah *Peck Cell*.
- Menurut saksi Haries, darah *Peck Cell* sudah mengandung seluruh komponen darah termasuk leukosit dan trombosit.
- Bahwa setelah menjalani perawatan dan berdasarkan bukti T.II-4, dan replik Penggugat dan keterangan saksi Haries keadaan pasien semakin membaik dan berdasarkan keterangan saksi Haries di persidangan bahwa pada hari kedua pasien telah dapat duduk sendiri di tempat tidurnya dan kondisinya semakin membaik karena dapat bangun sendiri dari tempat tidur, berjalan dan mandi sendiri di kamar mandi, serta dapat melihat dengan jelas siapa yang mendatangnya yang dibuktikan dengan jabatan tangan yang tidak meleset.
- Bahwa berdasarkan keterangan saksi Karsih Tarkim setelah pulang ke rumah keadaan pasien sehat dan pada hari Rabu dapat merayakan ulang tahun.
- Bahwa selama di rumah pasien tidak memeriksakan matanya, hal ini membuktikan bahwa matanya sudah sembuh.
- Bahwa terbukti di persidangan telah ada Putusan Majelis Kehormatan Etik Kedokteran IDI wilayah Jawa Tengah Nomor. 21/SK-MKEK-Ekst/IDI Jateng/IV/2001, tanggal 25 April 2001 yang memutuskan bahwa berdasarkan data yang berhasil dihimpun membuktikan bahwa tidak ada pelanggaran etik kedokteran oleh dr. Mika L Tobing, Sp.PD dalam penanganan pasien Saudara Febrianto (bukti PR.15).

- Bahwa berdasarkan hal tersebut di atas maka tidak terbukti adanya kelalaian yang dilakukan Tergugat II karena Tergugat II telah melakukan pengobatan sesuai dengan standar medis dan tidak melanggar etik kedokteran.
- Bahwa dalil Penggugat yang menyatakan bahwa pemberian *Peck Cell* mengakibatkan kondisi pasien semakin tidak berdaya dan semakin parah karena *Peck Cell* tidak mengandung trombosit adalah tidak benar dan harus ditolak.
- Bahwa berdasarkan bukti T. II-6 dan keterangan saksi dr. AP. Pradana di persidangan, dalil Penggugat pada butir 13 gugatan tidak benar, karena saksi dr. AP. Pradana tidak pernah menyatakan kepada Penggugat bahwa transfusi *Packed Cell* (PRC) akan menurunkan trombosit sehingga dalil tersebut harus ditolak.
- Bahwa dalil Penggugat yang menyatakan bahwa Tergugat I tidak menyediakan alat-alat yang memadai adalah tidak benar dan tidak terbukti karena berdasarkan keterangan saksi Wahyudi/Koordinator Laboratorium, pemeriksaan laboratorium telah dilakukan sesuai dengan standar pemeriksaan yang berlaku dan mempergunakan alat-alat rumah sakit yang telah diakui pemerintah, dan hasil pemeriksaan laboratorium mengenai trombosit sejumlah 90.000 menurut keterangan saksi hasil tersebut adalah di bawah normal (200.000—500.000) (bukti T.I-5).
- Bahwa hasil pemeriksaan Laboratorium Hermatologi di RS Telogorejo yang menyatakan trombosit adalah 2.000 (bukti P-10) adalah di luar tanggung jawab Tergugat I dan Tergugat II karena istri Tergugat telah menandatangani Surat Pernyataan Pulang Paksa.
- Bahwa berdasarkan keterangan saksi ahli Profesor Soenarto apabila pasien/keluarga pasien telah menandatangani surat pulang paksa, maka pasien sudah di luar tanggung jawab dokter dan rumah sakit lagi.
- Bahwa berdasarkan hal tersebut tidak terbukti adanya kelalaian yang dilakukan para Tergugat dalam menangani pasien Ir. Febrina.

Hubungan Kausalitas Kelalaian dan Kematian

- Bahwa berdasarkan pertimbangan di atas, Tergugat II tidak terbukti lalai dalam menangani anak Penggugat.
- Bahwa berdasarkan bukti T.11-1 Surat Pernyataan Penolakan untuk Diteruskan Rawat Inap, istri Penggugat telah menolak untuk diteruskan

rawat inap atau dengan kata lain Penggugat telah membawa pulang paksa pasien.

— Bahwa dalam Surat Pernyataan tersebut, istri Penggugat menyatakan:

Menolak: Untuk diteruskan rawat inap, dan juga menyatakan sesungguhnya:

1. Telah diberikan penjelasan serta peringatan akan bahaya, risiko, serta kemungkinan yang timbul apabila dihentikan rawat inap (pulang paksa);
2. Telah memahami sepenuhnya penjelasan yang diberikan oleh dokter;
3. Atas tanggung jawab dan risiko saya sendiri tetap menolak untuk dimulai atau diteruskan perawatan/pengobatan/dilakukan operasi/tindakan medik/rawat inap yang dianjurkan;

— Bahwa setelah pulang paksa dari rumah sakit yang dikelola Tergugat I, Penggugat membawa pasien tersebut pulang ke rumah dan tinggal di rumah sejak tanggal 21 Februari 2000 hingga 23 Februari 2000. Bahwa pada tanggal 24 Februari 2000 Penggugat membawa pasien ke Rumah Sakit Telogorejo dan dirawat oleh dr. AP. Pradana dan kemudian pada tanggal 28 Februari 2000 telah meninggal dunia di Rumah Sakit Telogorejo.

— Bahwa berdasarkan keterangan saksi ahli Prof. Dr. Soenarto bahwa apabila pasien dibawa pulang paksa dengan menandatangani surat pernyataan sementara dokter belum mengizinkan pasien dibawa pulang, maka pasien/keluarga pasien tidak bisa lagi menuntut pertanggungjawaban rumah sakit dan dokter.

— Bahwa dalam Buku *Bunga Rampai tentang Medical Malpractice Jilid II A*, tahun 1991 yang diterbitkan oleh Tim Pengkajian Hukum Mahkamah Agung Republik Indonesia pada halaman 99 dan 100 terdapat penjelasan tentang doktrin "*Volenti non fit inura*" atau disebut juga "*Assumption of risk*" atau adanya suatu asumsi bahwa sudah diketahuinya adanya suatu risiko oleh orang yang bersangkutan. Ajaran ini berdasarkan suatu alam pikiran bahwa barang siapa sudah mengetahui dan secara sukarela bersedia untuk menanggung suatu risiko, maka apabila kemudian risiko itu benar-benar terjadi, ia tidak dapat kemudian menuntut lagi ("*He who willingly undertakes a risk cannot afterwards complain*").

- Bahwa berdasarkan hal tersebut di atas maka tidak terbukti adanya kelalaian yang dilakukan Tergugat II karena Tergugat II telah melakukan pengobatan sesuai dengan standar medis dan tidak melanggar etik kedokteran.
- Bahwa dalil Penggugat yang menyatakan bahwa pemberian *Peck Cell* mengakibatkan kondisi pasien semakin tidak berdaya dan semakin parah karena *Peck Cell* tidak mengandung trombosit adalah tidak benar dan harus ditolak.
- Bahwa berdasarkan bukti T. II-6 dan keterangan saksi dr. AP. Pradana di persidangan, dalil Penggugat pada butir 13 gugatan tidak benar, karena saksi dr. AP. Pradana tidak pernah menyatakan kepada Penggugat bahwa transfusi *Packed Cell* (PRC) akan menurunkan trombosit sehingga dalil tersebut harus ditolak.
- Bahwa dalil Penggugat yang menyatakan bahwa Tergugat I tidak menyediakan alat-alat yang memadai adalah tidak benar dan tidak terbukti karena berdasarkan keterangan saksi Wahyudi/Koordinator Laboratorium, pemeriksaan laboratorium telah dilakukan sesuai dengan standar pemeriksaan yang berlaku dan mempergunakan alat-alat rumah sakit yang telah diakui pemerintah, dan hasil pemeriksaan laboratorium mengenai trombosit sejumlah 90.000 menurut keterangan saksi hasil tersebut adalah di bawah normal (200.000—500.000) (bukti T.I-5).
- Bahwa hasil pemeriksaan Laboratorium Hermatologi di RS Telogorejo yang menyatakan trombosit adalah 2.000 (bukti P-10) adalah di luar tanggung jawab Tergugat I dan Tergugat II karena istri Tergugat telah menandatangani Surat Pernyataan Pulang Paksa.
- Bahwa berdasarkan keterangan saksi ahli Profesor Soenarto apabila pasien/keluarga pasien telah menandatangani surat pulang paksa, maka pasien sudah di luar tanggung jawab dokter dan rumah sakit lagi.
- Bahwa berdasarkan hal tersebut tidak terbukti adanya kelalaian yang dilakukan para Tergugat dalam menangani pasien Ir. Febrina.

Hubungan Kausalitas Kelalaian dan Kematian

- Bahwa berdasarkan pertimbangan di atas, Tergugat II tidak terbukti lalai dalam menangani anak Penggugat.
- Bahwa berdasarkan bukti T.11-1 Surat Pernyataan Penolakan untuk Diteruskan Rawat Inap, istri Penggugat telah menolak untuk diteruskan

rawat inap atau dengan kata lain Penggugat telah membawa pulang paksa pasien.

- Bahwa dalam Surat Pernyataan tersebut, istri Penggugat menyatakan: Menolak: Untuk diteruskan rawat inap, dan juga menyatakan sesungguhnya:
 1. Telah diberikan penjelasan serta peringatan akan bahaya, risiko, serta kemungkinan yang timbul apabila dihentikan rawat inap (pulang paksa);
 2. Telah memahami sepenuhnya penjelasan yang diberikan oleh dokter;
 3. Atas tanggung jawab dan risiko saya sendiri tetap menolak untuk dimulai atau diteruskan perawatan/pengobatan/dilakukan operasi/tindakan medik/rawat inap yang dianjurkan;
- Bahwa setelah pulang paksa dari rumah sakit yang dikelola Tergugat I, Penggugat membawa pasien tersebut pulang ke rumah dan tinggal di rumah sejak tanggal 21 Februari 2000 hingga 23 Februari 2000. Bahwa pada tanggal 24 Februari 2000 Penggugat membawa pasien ke Rumah Sakit Telogorejo dan dirawat oleh dr. AP. Pradana dan kemudian pada tanggal 28 Februari 2000 telah meninggal dunia di Rumah Sakit Telogorejo.
- Bahwa berdasarkan keterangan saksi ahli Prof. Dr. Soenarto bahwa apabila pasien dibawa pulang paksa dengan menandatangani surat pernyataan sementara dokter belum mengizinkan pasien dibawa pulang, maka pasien/keluarga pasien tidak bisa lagi menuntut pertanggungjawaban rumah sakit dan dokter.
- Bahwa dalam Buku *Bunga Rampai tentang Medical Malpractice Jilid II A*, tahun 1991 yang diterbitkan oleh Tim Pengkajian Hukum Mahkamah Agung Republik Indonesia pada halaman 99 dan 100 terdapat penjelasan tentang doktrin "*Volenti non fit inura*" atau disebut juga "*Assumption of risk*" atau adanya suatu asumsi bahwa sudah diketahuinya adanya suatu risiko oleh orang yang bersangkutan. Ajaran ini berdasarkan suatu alam pikiran bahwa barang siapa sudah mengetahui dan secara sukarela bersedia untuk menanggung suatu risiko, maka apabila kemudian risiko itu benar-benar terjadi, ia tidak dapat kemudian menuntut lagi ("*He who willingly undertakes a risk cannot afterwards complains*").

- Bahwa oleh karena istri Penggugat telah menandatangani Surat Pernyataan Pulang Paksa, ajaran ini dapat diterapkan sehingga rumah sakit atau dokternya tidak dapat dipersalahkan kemudian hari.
- Berdasarkan hal tersebut maka tidak terbukti adanya hubungan kausalitas antara kelalaian dengan kematian pasien karena tidak terbukti adanya kelalaian yang dilakukan para Tergugat yang menyebabkan matinya pasien.
- Karena tidak terbukti adanya kelalaian, maka tidak terbukti adanya perbuatan melawan hukum yang dilakukan para Tergugat sehingga tidak timbul kerugian. Berdasarkan hal tersebut para Tergugat tidak dapat dipertanggungjawabkan membayar ganti rugi baik kerugian materiil dan imateriil.
- Karena tidak adanya kerugian yang timbul, maka permohonan sita jaminan yang dilakukan Penggugat haruslah ditolak.
- Bahwa berdasarkan hal tersebut di atas, maka gugatan Penggugat haruslah ditolak untuk seluruhnya.

DALAM REKONVENSI

- Bahwa gugatan rekonvensi dari Penggugat Rekonvensi I dan Penggugat Rekonvensi II haruslah ditolak dengan pertimbangan sebagai berikut;
- Bahwa pemuatan berita-berita di media massa, baik yang bersumber dari Tergugat Rekonvensi maupun dari wartawan yang meliput bukanlah perbuatan melawan hukum karena pihak-pihak yang bersangkutan dengan berita tersebut dapat memberikan hak jawabnya dan berdasarkan bukti-bukti di persidangan hak jawab dalam berita-berita tersebut telah seimbang.

LAMPIRAN II

**PENGADILAN NEGERI
PEKALONGAN**



**PUTUSAN
NOMOR 30/PDT.G/2001/PN PKL**

Antara:

HJ. CASMONAH Bt. TINI dkk.

Sebagai Penggugat

Melawan:

dr. Drs. DJAZULI KURDI dkk.

Sebagai Tergugat

AKTA PERDAMAIAN
Nomor: 30/Pdt. G/2001/PN Pkl

-----Pada hari ini KAMIS, tanggal 8 November 2001, pada persidangan Pengadilan Negeri Pekalongan yang mengadili perkara-perkara perdata, telah datang menghadap:-----

- 1. HJ. CASMONAH binti TINI; umur 65 tahun, pekerjaan Ibu Rumah Tangga, alamat Desa Wonokerto,-----
Kecamatan Bandar, Kabupaten Batang;-----
2. NY. BADRIYAH binti H. YUSUF; umur 47 tahun, pekerjaan-----
Wiraswasta, alamat Desa Wonokerto,-----
Kecamatan Bandar, Kabupaten Batang;-----
3. H. NUR AFIFUDIN bin H. YUSUF; umur 44 tahun, pekerjaan-----
Wiraswasta, alamat Desa Bandar RT 04,-----
RW 02, Kecamatan Bandar, Kabupaten-----
Batang;-----
Dalam hal ini memilih domisili hukum di-----
Kantor Kuasa Hukumnya M. MAIZUN-----
CHOZIN, S.H. dan Rekan, Pengacara dan--
Penasihat Hukum di Jl. Tentara Pelajar No.
51, Pekalongan berdasarkan Surat Kuasa--
Khusus tanggal 16 Agustus 2001, selaku----
kuasa bertindak untuk dan atas nama serta
sah mewakilinya, untuk selanjutnya disebut--
sebagai-----
-----PARA PENGGUGAT--;
- 4. dr. Drs. DJAZULI KURDI; Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah-----
Pekalongan, alamat kantor Jl. Bandung-----
39—47, Pekalongan;-----
5. Drs. LUQMAN SHAMLAN. Akt.; Ketua Yayasan Al Irsyad Al-----
Islamiyyah Pekalongan;-----
Dalam hal ini memilih domisili hukum di---
Kantor Kuasa Hukumnya ARIF NUROCHMAN
SULISTYO, S.H., Pengacara, di Jl. Ki Hajar
Dewantoro 11 Doro Pekalongan,-----

berdasarkan Surat Kuasa Khusus tanggal--
25 September 2001, selaku kuasa bertindak
untuk dan atas nama serta sah mewakilinya,
untuk selanjutnya disebut sebagai-----

-----PARA TERGUGAT--;

yang menerangkan bersedia mengakhiri sengketa antara mereka,-----
sebagaimana tercantum dalam surat gugatan dengan damai dan untuk hal-hal
tersebut telah mengadakan perjanjian sebagai berikut:-----

Pasal 1

Bahwa Pihak Pertama selaku Penggugat dan ahli waris H. Yusuf menyadari,
menyatakan mengakui bahwa kematian H. Yusuf bukan merupakan akibat---
ketidaktelitian, kekuranghati-hatian dalam penentuan golongan darah dan---
mentransfusi darah, mengingat proses tersebut telah dilakukan dengan benar
sesuai prosedur dan standar pelayanan medis yang berlaku, dan atau-----
setidak-tidaknya kematian H. Yusuf bukan merupakan akibat malpraktik-----
ataupun perbuatan melawan hukum lainnya yang telah dilakukan oleh Pihak
Kedua (para Tergugat), tetapi kematian H. Yusuf merupakan takdir dari Allah
swt.-----

Pasal 2

Bahwa Pihak Pertama mengakui telah melakukan perbuatan melawan-----
hukum atas kesalahannya secara langsung maupun tidak langsung dengan---
menyebarkan Surat Gugatan No. 30/Pdt. G/2001/PN PkI kepada-----
pihak-pihak yang tidak berkompeten dan atau setidaknya Pihak-----
Pertama mengakui telah melanggar Ketentuan Hukum ber-Acara sehingga-----
akibat daripadanya menjadikan telah diberitakan/dimuat di sejumlah media---
massa.-----

Pasal 3

Bahwa akibat daripada perbuatan Pihak Pertama termaksud dalam Pasal 2,---
maka Pihak Pertama mengakui telah nyata menimbulkan kerugian materiil---
dan imateriil yang diderita Pihak Kedua, yaitu setidaknya dengan-----
pemahaman masyarakat/opini masyarakat yang keliru dan tidak benar telah
nyata merusak citra dan nama baik Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan,
Korps Dokter, Palang Merah Indonesia dan Yayasan Al Irsyad Al Islamiyyah
Pekalongan serta pihak-pihak terkait lainnya;-----

Pasal 4

Bahwa akibat daripada bunyi Pasal 2 dan 3 tersebut di atas, maka Pihak----- Pertama menyadari dan menyatakan permintaan maaf kepada Pihak Kedua (para Tergugat), Korps Dokter, Palang Merah Indonesia dan pihak-pihak----- terkait lainnya, dan sekaligus Pihak Pertama bersedia melakukan rehabilitasi nama baik Pihak Kedua (para Tergugat) dan klarifikasi secara terbuka kepada khalayak umum yang setidak-tidaknya diberitakan sekurang-kurangnya----- pada 10 (sepuluh) media massa lokal, daerah, nasional selama----- sekurang-kurangnya 3 (tiga) kali berturut-turut.-----

Pasal 5

Bahwa akibat daripada bunyi Pasal 2 dan Pasal 3 tersebut di atas, maka----- Pihak Pertama bersedia memberikan kompensasi atas kerugian materil dan imateril yang diderita Pihak Kedua sebesar Rp10.000.000,00 (sepuluh juta----- rupiah).-----

Pasal 6

Bahwa dengan adanya pengakuan dari Pihak Pertama (para Penggugat) dan permohonan maaf Pihak Pertama kepada Pihak Kedua, maka Pihak Kedua----- bersedia menerima pengakuan dan memberikan maaf kepada Pihak Pertama, adapun perihal kompensasi yang diberikan Pihak Pertama kepada Pihak----- Kedua maka oleh Pihak Kedua akan dipergunakan untuk kegiatan sosial----- keagamaan yang dikelola daripadanya.-----

Pasal 7

Bahwa dengan berakhirnya persengketaan perdata secara perdamaian ini----- maka Pihak Pertama, tidak akan melakukan upaya hukum apa pun kepada,----- antara lain, Yayasan Al Irsyad Al Islamiyyah Pekalongan, RS Siti Khodijah----- Pekalongan, dr. Haryanto, Sp.Pd., PMI Kota Pekalongan, RS Roemani----- Semarang dan juga terhadap pihak-pihak terkait lainnya dalam hal----- penanganan, tindakan dan perawatan selama H. Yusuf masih hidup, baik untu----- masa sekarang maupun di kemudian hari karena Pihak Pertama mengakui----- bahwa kematian H. Yusuf tak lain adalah takdir Allah swt.-----

Pasal 8

Bahwa dengan adanya perdamaian ini maka Pihak Pertama dan Pihak----- Kedua menyatakan bahwa sengketa perdata dalam perkara----- No. 30/Pdt. G/2001/PN PkI selesai dengan putusan perdamaian.-----

Pasal 9

Bahwa perjanjian perdamaian ini akan dijadikan dasar dalam putusan-----
perdamaian oleh Majelis Hakim.-----

Pasal 10

Akta perjanjian ini dibuat dalam 3 (tiga) lembar yang menjadi satu kesatuan--
yang tak terpisahkan, 3 (tiga) rangkap asli dipegang oleh masing-masing-----
pihak dan Majelis Hakim Pengadilan Negeri Pekalongan.-----

-----Biaya perkara sebesar Rp104.000,00 (seratus empat ribu rupiah)
ditanggung oleh para pihak dan menyatakan setuju terhadap isi perjanjian-----
tersebut;-----

-----Kemudian, Pengadilan Negeri Pekalongan menjatuhkan putusan sebagai
berikut:-----

PUTUSAN

DEMI KEADILAN BERDASARKAN KETUHANAN YANG MAHA ESA

-----Pengadilan Negeri tersebut;-----

-----Telah mendengar kedua belah pihak yang berpekara;-----

-----Memperhatikan Pasal 130 HIR serta ketentuan-ketentuan hukum/
peraturan lain yang bersangkutan;-----

MENGADILI

-----Menghukum para Penggugat dan para Tergugat untuk menaati isi-----
perjanjian yang telah disetujui tersebut;-----

-----Demikian diputus dalam rapat permusyawaratan Majelis Hakim--
Pengadilan Negeri Pekalongan pada hari KAMIS, tanggal 8 NOVEMBER-----
2001, oleh kami NY. HJ. ENDANG SOEMARSIH, S.H., CN. Hakim Ketua-----
Majelis ABSORO, S.H. dan NOOR EDI YONO, S.H., masing-masing sebagai
Hakim Anggota, putusan tersebut diucapkan dalam sidang terbuka untuk-----
umum pada hari dan tanggal ini juga oleh Hakim Ketua Majelis tersebut-----
dengan didampingi oleh masing-masing Hakim Anggota, dibantu oleh-----
M.C. ARDIWIJATI, S.H., Panitera Pengganti Pengadilan Negeri Pekalongan,--
serta dihadiri oleh Kuasa Hukum Para Penggugat dan Kuasa Hukum Para--
Tergugat.-----

Hakim Anggota:

Hakim Ketua Majelis,

ttd.

ttd.

1. ABSORO. S.H.

NY. HJ. ENDANG SOEMARSIH. S.H., CN.

ttd.

2. NOOR EDI YONO. S.H.

Panitera Pengganti,

ttd.

M.C. ARDIWIJATI. S.H.

Perincian Biaya:

— Administrasi.....	Rp 50.000,00
— Panggilan sidang.....	Rp 45.000,00
— Redaksi.....	Rp 3.000,00
— Meterai.....	Rp 6.000,00

Jumlah.....Rp104.000,00

(Seratus empat ribu rupiah)

Turunan

----- Putusan/Penetapan Perkara Pidana/Perdata dalam tingkat: **Pertama**
Fotokopi **Banding**
Kasasi

Pengadilan Negeri Pekalongan

Dari: Pengadilan Tinggi Semarang Tanggal 08 November 2001

Mahkamah Agung Republik Indonesia

Nomor: 30/Pdt.G/2001/PN Pki

CATATAN: Perkara tersebut telah mempunyai kekuatan hukum tetap sejak tanggal 8 November 2001.

Dibuat sesuai dengan aslinya tanggal 15 November 2001

Turunan

Putusan/Penetapan ini dikeluarkan pada tanggal 15 November 2001
Fotokopi

Atas permohonan: dr. Drs. DJAZULI KURDI

WAKIL PANITERA
PENGADILAN NEGERI PEKALONGAN

ttd.

Y. SRI RISMIYANTI
NIP 040016732

Tanda dibayar dan kas

Pada tanggal : 15 November 2001

Leges : Rp2.000,00

Meterai : Rp6.000,00

Jumlah : Rp8.000,00⁺

LUNAS

(Paraf Penerima)

PERHATIAN

- Coret yang tidak perlu.
- Sesuaikan selalu tanggal dan nomor Putusan/Penetapan serta nama-nama yang terdapat pada map turunan/fotokopi PUTUSAN/PENETAPAN HALAMAN PERTAMA dan lembar ini.

PERJANJIAN PERDAMAIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini kami masing-masing:

1. Nama : **Hj. Casmonah binti Tini;**-----
Umur : 65 tahun;-----
Pekerjaan : Ibu rumah tangga;-----
Alamat : Desa Wonokerto, Kec. Bandar, Kab. Batang-Jateng;
2. Nama : **Ny. Badriyah binti H. Yusuf;**-----
Umur : 47 tahun-----
Pekerjaan : Wiraswasta-----
Alamat : Desa Wonokerto, Kec. Bandar, Kab. Batang-Jateng;
3. Nama : **H. Nur Afifudin binti H. Yusuf**-----
Umur : 44 tahun-----
Pekerjaan : Wiraswasta-----
Alamat : Desa Bandar RT 04, RW 02, Kec. Bandar, Kab.-----
Batang-Jateng;-----

dalam hal ini masing-masing bertindak mewakili diri sendiri dan untuk diri-----
pribadi sendiri dalam hal ini ketiganya secara bersama-sama berkedudukan--
sebagai para penggugat dalam Perkara Perdata No. 30/Pdt.G/2001/PN Pkl---
dan selanjutnya mohon disebut sebagai **PIHAK PERTAMA;**-----

4. Nama : **dr. Drs. Djazuli Kurdi;**-----
Jabatan : Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;-----
Alamat Kantor : Jl. Bandung 39—47 Pekalongan;-----
5. Nama : **Drs. Luqman Shamlan, Akt.;**-----
Jabatan : Ketua Yayasan Al Irsyad Al Islamiyyah Pekalongan;
Alamat Kantor : Jl. Bandung 47—51 Pekalongan;-----

dalam hal ini keduanya berkedudukan sebagai para Tergugat dalam Perkara
Perdata No. 30/Pdt. G/2001/PN Pkl untuk selanjutnya mohon disebut sebagai
PIHAK KEDUA;-----

Bahwa para pihak menerangkan atas permintaan Pihak Pertama (para-----
Penggugat) kepada Pihak Kedua (para Tergugat) untuk mengakhiri-----
persengketaan gugatan perdata, tersebut dalam Perkara-----
No. 30/Pdt. G/2001/PN Pkl dengan perdamaian; maka para pihak bersedia-----

mengakhiri persengketaan gugatan perdata tersebut di atas dengan-----
perdamaian;-----

Bahwa atas permintaan Pihak Pertama (para Penggugat) kepada Pihak Kedua
(para Tergugat) untuk mengakhiri persengketaan gugatan Perkara Perdata---
No. 30/Pdt. G/2001/PN Pkl dengan perdamaian, maka para pihak SEPAKAT---
mengikatkan diri dalam PERDAMAIAN dengan ketentuan sebagai berikut;-----

Pasal 1

Bahwa Pihak Pertama selaku Penggugat dan ahli waris H. Yusuf menyadari,
menyatakan mengakui bahwa kematian H. Yusuf bukan merupakan akibat---
ketidakteitian, kekuranghati-hatian dalam penentuan golongan darah dan---
mentransfusi darah, mengingat proses tersebut telah dilakukan dengan benar
sesuai dengan prosedur dan standar pelayanan medis yang berlaku, dan atau
setidak-tidaknya kematian H. Yusuf bukan merupakan akibat malpraktik-----
ataupun perbuatan melawan hukum lainnya yang telah dilakukan oleh Pihak
Kedua (para Tergugat), tetapi kematian H. Yusuf merupakan takdir dari Allah
swt.-----

Pasal 2

Bahwa Pihak Pertama mengakui telah melakukan perbuatan melawan hukum
atas kesalahannya secara langsung maupun tidak langsung dengan-----
menyebarkan Surat Gugatan No. 30/Pdt. G/2001/PN Pkl kepada-----
pihak-pihak yang tidak berkompeten dan atau setidaknya Pihak Pertama
mengakui telah melanggar Ketentuan Hukum ber-Acara sehingga akibat-----
daripadanya menjadikan telah diberitakan/dimuat di sejumlah media massa.---

Pasal 3

Bahwa akibat daripada perbuatan Pihak Pertama termaksud dalam Pasal 2;--
maka Pihak Pertama mengakui telah nyata menimbulkan kerugian materiil dan
imateriil yang diderita Pihak Kedua; yaitu setidaknya dengan-----
pemahaman masyarakat/opini masyarakat yang keliru dan tidak benar telah
nyata merusak citra dan nama baik Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan,
Korps Dokter, Palang Merah Indonesia, dan Yayasan Al Irsyad Al Islamiyyah--
Pekalongan serta pihak-pihak terkait lainnya;-----

Pasal 4

Bahwa akibat daripada bunyi Pasal 2 dan 3 tersebut di atas; maka Pihak-----
Pertama menyadari dan menyatakan permintaan maaf kepada Pihak Kedua--

(para Tergugat), Korps Dokter, Palang Merah Indonesia dan pihak-pihak-----
terkait lainnya; dan sekaligus Pihak Pertama bersedia melakukan rehabilitasi
nama baik Pihak Kedua (para Tergugat) dan klarifikasi secara terbuka kepada
khalayak umum yang setidaknya-tidaknya diberitakan sekurang-kurangnya-----
pada 10 (sepuluh) media massa lokal, daerah, dan nasional selama-----
sekurang-kurangnya 3 (tiga) hari berturut-turut.-----

Pasal 5

Bahwa akibat daripada bunyi Pasal 2 dan 3 tersebut di atas; maka Pihak-----
Pertama bersedia memberikan kompensasi atas kerugian materiil dan-----
imateriil yang diderita Pihak Kedua sebesar Rp10.000.000,00 (sepuluh juta--
rupiah).-----

Pasal 6

Bahwa dengan adanya pengakuan dari Pihak Pertama (para Penggugat) dan
permohonan maaf Pihak Pertama kepada Pihak Kedua, maka Pihak Kedua--
bersedia menerima pengakuan dan memberikan maaf kepada Pihak Pertama,
adapun perihal kompensasi yang diberikan Pihak Pertama kepada Pihak-----
Kedua, maka oleh Pihak Kedua akan dipergunakan untuk kegiatan sosial-----
keagamaan yang dikelola daripadanya.-----

Pasal 7

Bahwa dengan berakhirnya persengketaan perdata secara perdamaian ini--
maka Pihak Pertama; tidak akan melakukan upaya hukum apa pun kepada,--
antara lain, Yayasan Al Irsyad Al Islamiyyah Pekalongan, RS Siti Khodijah-----
Pekalongan, dr. Haryanto Sp.Pd., PMI Kota Pekalongan, RS Roemani-----
Semarang juga terhadap pihak-pihak terkait lainnya dalam hal penanganan,
tindakan dan perawatan selama H. Yusuf masih hidup, baik untuk masa-----
sekarang maupun di kemudian hari karena Pihak Pertama mengakui bahwa
kematian H. Yusuf tak lain adalah karena takdir Allah swt.-----

Pasal 8

Bahwa dengan adanya perdamaian ini, maka Pihak Pertama dan Pihak-----
Kedua menyatakan bahwa sengketa perdata dalam perkara-----
No. 30/Pdt. G/2001/PN Pki selesai dengan putusan perdamaian.-----

Pasal 9

Bahwa perjanjian perdamaian ini akan dijadikan dasar dalam putusan-----
perdamaian oleh Majelis Hakim.-----

Pasal 10

Akta perjanjian perdamaian ini dibuat dalam 3 (tiga) lembar yang menjadi satu kesatuan yang tak terpisahkan, 3 (tiga) rangkap asli yang dipegang oleh----- masing-masing pihak dan Majelis Hakim Pengadilan Negeri Pekalongan.-----

Dibuat di Pekalongan, 6 November 2001

PIHAK KEDUA

ttd.

1. dr. Drs. DJAZULI KURDI

ttd.

2. Drs. LUQMAN SHAMLAN, S.Akt.

PIHAK PERTAMA

ttd.

1. Hj. CASMONAH binti TINI

ttd.

2. Ny. BADRIYAH binti H. YUSUF

ttd.

3. H. NUR AFIFUDIN bin H. YUSUF

MENGETAHUI:

KUASA PIHAK KEDUA

ttd.

(ARIF NUROCHMAN SULISTYO, S.H.)

KUASA PIHAK PERTAMA

ttd.

(M. MAIZUN CHOZIN, S.H.)

LAMPIRAN III



**PENGADILAN NEGERI
SEMARANG**

**SALINAN RESMI PUTUSAN PERKARA PERDATA
NO. 74/PDT/G/2001/PN SMG**

Antara

PENGGUGAT : NY. FERIAL

Lawan

TERGUGAT : 1. dr. HAMIDUN KOSIM, Sp. OG
2. PIMPINAN RUMAH SAKIT IBU & ANAK BAHAGIA

Tanggal Putus : 27 SEPTEMBER 2001

Diberikan kepada : TERGUGAT

Pada Tanggal : 15 NOVEMBER 2001

LAMPIRAN III

PUTUSAN
NOMOR: 74/PDT/G/2001/PN SMG
DEMI KEADILAN
BERDASARKAN KETUHANAN YANG MAHA ESA

Pengadilan Negeri Semarang yang bersidang di Semarang, yang memeriksa dan mengadili perkara-perkara perdata pada tingkat pertama telah memberikan putusan sebagaimana tersebut di bawah ini di dalam perkaranya antara:

NY. FERIAL, Ibu Rumah Tangga, alamat Jl. Tugurejo Nomor 6 Semarang, dalam hal ini menguasai kepada: SUTRISNO, S.H.; SARKONO, S.H.; MARCUS NORMAN HARDI, S.H.; WINDY ARYADEWI, S.H.; dan ANDRY ERNAWAN, S.H. Pengacara-pengacara dari Kantor Advokat & Pengacara SUTRISNO, S.H. DAN REKAN, Jalan Zebra Tengah No. 23 Semarang, berdasarkan Surat Kuasa Khusus tanggal 1 Maret 2001, selanjutnya disebut sebagai PENGGUGAT KONVENSİ/TERGUGAT RE-KONVENSİ.

Melawan:

1. dr. HAMIDUN KOSIM, Sp. OG (Ahli Kebidanan & Penyakit Kandungan), beralamat di Jl. Abdurachman Saleh No. 71 Semarang, selanjutnya disebut sebagai: TERGUGAT I KONVENSİ/PENGGUGAT I REKONVENSİ;
2. PIMPINAN RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK BAHAGIA, beralamat di Jalan Abdurachman Saleh No. 71 Semarang, selanjutnya disebut sebagai: TERGUGAT II KONVENSİ/PENGGUGAT II REKONVENSİ;

Pengadilan negeri tersebut;

Telah membaca segala surat-surat yang berhubungan dengan perkara ini;

Telah memperhatikan bukti-bukti surat yang diajukan oleh masing-masing pihak;

Telah mendengar keterangan saksi-saksi dari para pihak;

Telah mendengar pula keterangan saksi ahli di persidangan;

TENTANG DUDUK PERKARANYA

Menimbang, bahwa dengan surat gugatannya tertanggal 9 April 2001 yang diterima dan didaftarkan di Kepaniteraan Pengadilan Negeri Semarang tanggal 9 April 2001 di bawah Register Perkara No. 74/Pdt/G/2001/PN Smg pihak Penggugat telah mengemukakan hal-hal sebagai berikut:

DUDUKNYA PERKARA

1. Bahwa Penggugat pada tanggal 21 Maret 2000 telah periksa kehamilan kepada Tergugat I sebagai dokter spesialis (ahli) kebidanan dan penyakit kandungan yang berpraktik di Rumah Sakit Ibu dan Anak Bahagia (Tergugat II) Jl. Abdurachman Saleh No. 71 Semarang, yang mana dari hasil LAB Tes Kehamilan yang dilakukan oleh Tergugat, Penggugat telah dinyatakan positif hamil dengan berat badan 64 kg;
2. Bahwa selanjutnya Penggugat sebagai pasien Tergugat telah mulai melakukan pemeriksaan rutin kepada Tergugat I, yaitu pada tanggal 10 April 2000, Penggugat dengan keluhan pusing sekali dan mual-mual periksa ke Tergugat I, hasilnya dinyatakan baik dengan berat badan 65,5 kg;
3. Bahwa pada tanggal 2 Mei 2000, Penggugat dengan keluhan yang sama, yaitu pusing sekali dan mual-mual periksa ke Tergugat I, hasilnya dinyatakan baik dengan berat badan 65,5 kg;
4. Bahwa pada tanggal 22 Mei 2000, Penggugat periksa ke Tergugat I, hasilnya dinyatakan baik, yaitu denyut jantung anak (DJA) positif atau terdengar dengan berat badan 67,5 kg;
5. Bahwa pada tanggal 21 Juni 2000, Penggugat dengan keluhan pusing-pusing, kaki bengkak, dan jari-jari tangan bengkak periksa ke Tergugat I, hasilnya dinyatakan baik, yaitu denyut jantung anak (DJA) positif atau terdengar dengan berat badan 69,5 kg;
6. Bahwa pada tanggal 25 Juli 2000, Penggugat dengan keluhan yang sama, yaitu pusing-pusing, kaki bengkak, dan jari-jari tangan bengkak periksa ke Tergugat I, hasilnya dinyatakan baik, yaitu denyut jantung anak (DJA) positif atau terdengar dengan berat badan 72,5 kg. Oleh karena keluhan Penggugat tersebut tidak ada perubahan, maka kurang lebih 1 (satu) minggu kemudian, yaitu pada tanggal 2 Agustus 2000 Penggugat periksa lagi dan hasilnya denyut jantung anak (DJA) positif atau terdengar dengan berat badan 73 kg;

LAMPIRAN III

PUTUSAN
NOMOR: 74/PDT/G/2001/PN SMG
DEMI KEADILAN
BERDASARKAN KETUHANAN YANG MAHA ESA

Pengadilan Negeri Semarang yang bersidang di Semarang, yang memeriksa dan mengadili perkara-perkara perdata pada tingkat pertama telah memberikan putusan sebagaimana tersebut di bawah ini di dalam perkaranya antara:

NY. FERIAL, Ibu Rumah Tangga, alamat Jl. Tugurejo Nomor 6 Semarang, dalam hal ini menguasai kepada: SUTRISNO, S.H.; SARKONO, S.H.; MARCUS NORMAN HARDI, S.H.; WINDY ARYADEWI, S.H.; dan ANDRY ERNAWAN, S.H. Pengacara-pengacara dari Kantor Advokat & Pengacara SUTRISNO, S.H. DAN REKAN, Jalan Zebra Tengah No. 23 Semarang, berdasarkan Surat Kuasa Khusus tanggal 1 Maret 2001, selanjutnya disebut sebagai PENGGUGAT KONVENSİ/TERGUGAT REKONVENSİ.

Melawan:

1. dr. HAMIDUN KOSIM, Sp. OG (Ahli Kebidanan & Penyakit Kandungan), beralamat di Jl. Abdurachman Saleh No. 71 Semarang, selanjutnya disebut sebagai: TERGUGAT I KONVENSİ/PENGGUGAT I REKONVENSİ;
2. PIMPINAN RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK BAHAGIA, beralamat di Jalan Abdurachman Saleh No. 71 Semarang, selanjutnya disebut sebagai: TERGUGAT II KONVENSİ/PENGGUGAT II REKONVENSİ;

Pengadilan negeri tersebut;

Telah membaca segala surat-surat yang berhubungan dengan perkara ini;

Telah memperhatikan bukti-bukti surat yang diajukan oleh masing-masing pihak;

Telah mendengar keterangan saksi-saksi dari para pihak;

Telah mendengar pula keterangan saksi ahli di persidangan;

TENTANG DUDUK PERKARANYA

Menimbang, bahwa dengan surat gugatannya tertanggal 9 April 2001 yang diterima dan didaftarkan di Kepaniteraan Pengadilan Negeri Semarang tanggal 9 April 2001 di bawah Register Perkara No. 74/Pdt/G/2001/PN Smg pihak Penggugat telah mengemukakan hal-hal sebagai berikut:

DUDUKNYA PERKARA

1. Bahwa Penggugat pada tanggal 21 Maret 2000 telah periksa kehamilan kepada Tergugat I sebagai dokter spesialis (ahli) kebidanan dan penyakit kandungan yang berpraktik di Rumah Sakit Ibu dan Anak Bahagia (Tergugat II) Jl. Abdurachman Saleh No. 71 Semarang, yang mana dari hasil LAB Tes Kehamilan yang dilakukan oleh Tergugat, Penggugat telah dinyatakan positif hamil dengan berat badan 64 kg;
2. Bahwa selanjutnya Penggugat sebagai pasien Tergugat telah mulai melakukan pemeriksaan rutin kepada Tergugat I, yaitu pada tanggal 10 April 2000, Penggugat dengan keluhan pusing sekali dan mual-mual periksa ke Tergugat I, hasilnya dinyatakan baik dengan berat badan 65,5 kg;
3. Bahwa pada tanggal 2 Mei 2000, Penggugat dengan keluhan yang sama, yaitu pusing sekali dan mual-mual periksa ke Tergugat I, hasilnya dinyatakan baik dengan berat badan 65,5 kg;
4. Bahwa pada tanggal 22 Mei 2000, Penggugat periksa ke Tergugat I, hasilnya dinyatakan baik, yaitu denyut jantung anak (DJA) positif atau terdengar dengan berat badan 67,5 kg;
5. Bahwa pada tanggal 21 Juni 2000, Penggugat dengan keluhan pusing-pusing, kaki bengkak, dan jari-jari tangan bengkak periksa ke Tergugat I, hasilnya dinyatakan baik, yaitu denyut jantung anak (DJA) positif atau terdengar dengan berat badan 69,5 kg;
6. Bahwa pada tanggal 25 Juli 2000, Penggugat dengan keluhan yang sama, yaitu pusing-pusing, kaki bengkak, dan jari-jari tangan bengkak periksa ke Tergugat I, hasilnya dinyatakan baik, yaitu denyut jantung anak (DJA) positif atau terdengar dengan berat badan 72,5 kg. Oleh karena keluhan Penggugat tersebut tidak ada perubahan, maka kurang lebih 1 (satu) minggu kemudian, yaitu pada tanggal 2 Agustus 2000 Penggugat periksa lagi dan hasilnya denyut jantung anak (DJA) positif atau terdengar dengan berat badan 73 kg;

7. Bahwa pada tanggal 24 Agustus 2000, Penggugat dengan keluhan sesak napas hilang timbul, kaki bengkak, dan jari-jari tangan bengkak periksa ke Tergugat I, hasilnya dinyatakan baik, yaitu denyut jantung anak (DJA) positif atau terdengar dengan berat badan 72,5 kg;
8. Bahwa pada tanggal 18 September 2000, Penggugat dengan keluhan sesak napas hilang timbul, nyeri tungkai kaki, kaki bengkak, dan tangan bengkak periksa ke Tergugat I, hasilnya dinyatakan baik, yaitu denyut jantung anak (DJA) positif atau terdengar dengan berat badan 75,5 kg. Begitu pula periksa pada tanggal 16 Oktober 2000 dengan keluhan yang sama, hasilnya tetap dinyatakan baik walaupun berat badan yang semula 75,5 kg menjadi 81,5 kg dalam 1 (satu) bulan;
9. Bahwa pada tanggal 20 Oktober 2000, jam 09.30 WIB Penggugat masuk Rumah Sakit Ibu dan Anak Bahagia karena ketuban pecah dini (KPD) dan dari hasil periksa perawat, Penggugat dinyatakan dalam *vaginal toucher* (VT) buka jalan lahir 1 cm dan selanjutnya perawat jaga langsung menghubungi Tergugat I memberitahukan atau melaporkan keadaan (kondisi) dari Penggugat tersebut;
10. Bahwa Penggugat yang mengalami ketuban pecah dini (KPD) dalam keadaan buka jalan lahir 1 cm yang sudah mulai masuk Rumah Sakit Ibu dan Anak Bahagia sejak jam 09.30 WIB tidak mendapat tindakan medis dari Tergugat I karena Tergugat I baru datang periksa Penggugat jam 18.30 WIB dengan memberikan kompresitrin tablet untuk merangsang mules-mules. Dengan diberikannya tablet perangsang mules-mules jam 19.00 WIB, Penggugat mengalami mules-mules yang tidak keruan dan perut rasanya mau pecah sehingga Penggugat minta kepada perawat jaga untuk segera menghubungi lagi Tergugat I dan ternyata Tergugat I baru datang lagi melakukan pemeriksaan terhadap Penggugat pada jam 03.00 WIB;
11. Bahwa setelah melakukan pemeriksaan terhadap Penggugat yang masih dalam keadaan VT buka 1 pada jam 03.00 WIB, Tergugat I memutuskan dan memberitahukan kepada Penggugat persalinan harus dilakukan dengan operasi di Rumah Sakit Ibu dan Anak Bahagia dan Penggugat telah menyetujuinya. Namun, setelah beberapa saat Penggugat menunggu tindakan medis yang akan dilakukan oleh Tergugat I tersebut, pada jam 03.30 WIB Tergugat I mendatangi lagi Penggugat di kamar pasien memberitahukan bahwa operasi di Rumah Sakit Ibu dan

- Anak Bahagia tidak dapat dilaksanakan (batal) karena dokter anestesi (bius) tidak ada. Dan selanjutnya dirujuk ke Rumah Sakit Telogorejo Semarang oleh Tergugat I tanpa diberikan surat pengantar (surat rujukan), baik oleh Tergugat I maupun Tergugat II;
12. Bahwa Penggugat yang dalam keadaan ketuban pecah dan menderita kesakitan tidak segera diantar atau dibawa oleh Tergugat II (Rumah Sakit Ibu dan Anak Bahagia) sesuai dengan rujukannya ke Rumah Sakit Telogorejo. Dengan melihat keadaan tersebut suami Penggugat akhirnya membawa Penggugat ke Rumah Sakit Telogorejo tanpa didampingi atau diantar oleh petugas atau perawat dari Tergugat II (Rumah Sakit Ibu dan Anak Bahagia) yang mestinya menjadi tanggung jawabnya;
 13. Bahwa sesampainya di Rumah Sakit Telogorejo, pada jam 04.50 WIB (tanggal 21 Oktober 2000) pasien sudah berada di meja operasi, pada jam 05.10 WIB telah dilakukan persiapan operasi *sectio caesaria* (SC), yaitu dikerjakan anestesi (bius), pada jam 05.20 WIB operasi dimulai, dan pada Jam 05.25 WIB lahir bayi laki-laki dengan berat badan 3,4 kg, bayi lahir merintih. Tergugat I yang berpraktik di Rumah Sakit Telogorejo dan sesuai dengan rujukannya pula seharusnya bertanggung jawab melakukan operasi terhadap pasiennya (Penggugat), namun telah ternyata Tergugat I tidak melakukan operasi sendiri terhadap Penggugat dan justru operasi dilakukan oleh dokter lain;
 14. Bahwa sesuai dengan resume pasien a.n. Ny. FERAL (Penggugat) tanggal 14 Desember 2000 yang dibuat oleh Rumah Sakit Telogorejo Semarang disebutkan: Bayi lahir merintih, durante operasi didapatkan cairan ketuban yang banyak diagnosis hidramnion maupun resume pasien a.n. Bayi FERAL tanggal 20 November 2000 disebutkan: Seorang bayi lahir laki-laki, 5.C, indikasi ketuban pecah dini lebih 18 (delapan belas) jam;
 15. Bahwa hidramnion yang terjadi pada kehamilan Penggugat mestinya sudah diketahui oleh Tergugat I sesuai dengan keahliannya pada saat Penggugat melakukan pemeriksaan (*control*) rutin dengan menyampaikan keluhan-keluhan jari tangan bengkak, kaki bengkak, nyeri tungkai kaki, sesak napas (pemeriksaan/*control*) pada tanggal 21 Juni 2000, 25 Juli 2000, 2 Agustus 2000, 24 Agustus 2000, dan 18 September 2000 karena keluhan tersebut merupakan indikasi terjadi hidramnion kehamilan Penggugat. Namun, ternyata Tergugat I dalam melakukan pemeriksa-

an-pemeriksaan terhadap Penggugat tersebut jika ditanyakan oleh Penggugat, selalu menyatakan hasilnya baik;

16. Bahwa Tergugat I juga telah mengetahui adanya kenaikan berat badan Penggugat dari hasil periksa tanggal 16 Oktober 2000 selama 28 hari (dari tanggal 18 September 2000 s.d. tanggal 16 Oktober 2000) telah terjadi kenaikan berat badan di atas normal seberat 6 kg, yaitu dari berat 75,5 kg menjadi 81,5 kg. Adanya kenaikan berat badan 6 kg selama 28 hari dengan keluhan jari tangan bengkak, kaki bengkak, nyeri tungkai kaki, sesak napas adalah menunjukkan bahwa kehamilan Penggugat terjadi hidramnion, akan tetapi Tergugat I masih tetap menyatakan hasil periksa baik;
17. Bahwa selain fakta tersebut di atas, Tergugat I telah pula melalaikan kewajibannya, yaitu sejak adanya keluhan-keluhan dan kenaikan berat badan di atas normal dari Penggugat, Tergugat I tidak segera melakukan tindakan medis yang seharusnya dilakukan, antara lain, periksa dengan *ultrasonografi* (USG), tes urine dan darah ibu untuk mengetahui ada tidaknya kelainan-kelainan pada ibu atau pada janin/bayi sebagai penyebab terjadinya hidramnion dalam kehamilan;
18. Bahwa terjadinya hidramnion dalam kehamilan selain dapat diketahui pada usia kehamilan 14 minggu ke atas dengan keluhan sesak napas dan bengkak-bengkak pada pasien yang dilakukan dengan cara USG maupun tes urine dan darah ibu, juga berindikasi bayi akan lahir prematur dengan kelainan-kelainan pada bayi. Sehingga dokter sesuai dengan profesinya dalam melakukan perawatan kehamilan yang terjadi hidramnion harus segera memberitahukan kepada pasien atau keluarganya dengan penjelasan atau keterangan yang dapat dimengerti oleh pasien atau keluarganya sehingga pasien atau keluarganya dapat memilih alternatif yang dijelaskan oleh dokter, misalnya, yaitu dilakukan abortus, lahir dengan risiko bayi cacat/meninggal dan/atau mencari rumah sakit yang lengkap peralatannya;
19. Bahwa dengan terjadinya hidramnion kehamilan Penggugat, maka pada saat ketuban pecah dini (KPD) dan masuk di Rumah Sakit Ibu dan Anak Bahagia pada tanggal 20 Oktober 2000 jam 09.30 WIB, Tergugat I dan Tergugat II harus segera melakukan tindakan medis untuk keselamatan bayi dan ibunya. Namun, telah ternyata Tergugat I dan Tergugat II tidak melakukan tindakan medis dan baru jam 03.30 WIB akan

dilakukan operasi yang akhirnya gagal pula karena Rumah Sakit Ibu dan Anak Bahagia tidak ada dokter anastesi (bius). Dan baru pada tanggal 21 Oktober 2000 jam 05.10 WIB dilakukan tindakan medis *sectio caesaria* (SC) di Rumah Sakit Telogorejo Semarang dan itu pun tidak dilakukan sendiri oleh Tergugat I. Sehingga sejak ketuban pecah dini jam 09.30 WIB sampai dengan dilakukan tindakan medis (operasi) jam 05.20 WIB telah memakan waktu lebih dari 18 (delapan belas) jam;

20. Bahwa oleh karena Tergugat I dan Tergugat II dalam melakukan perawatan Penggugat yang terjadi hidramnion tidak melakukan tindakan medis secara dini (USG, tes urine, darah ibu) dan tidak melakukan tindakan medis lebih dari 18 (delapan belas) jam sejak ketuban pecah dini serta tidak melakukan operasi dalam persalinan, yang mana tindakan medis tersebut menurut standar profesi medis harus dan wajib dilakukan untuk keselamatan bayi dan ibunya, maka perbuatan hukum Tergugat I dan Tergugat II tersebut sebagai suatu perbuatan melawan hukum yang menimbulkan kerugian bagi Penggugat;
21. Bahwa atas perbuatan melawan hukum yang dilakukan oleh Tergugat I dan Tergugat II tersebut di atas adalah antara lain (salah satu sebab) yang mengakibatkan harapan dan kesempatan Penggugat untuk memperoleh atau mempunyai anak dalam keadaan selamat tidak dapat terwujud atau tidak terpenuhi;
22. Bahwa akibat perbuatan melawan hukum yang dilakukan oleh Tergugat I dan Tergugat II tersebut telah menimbulkan kerugian bagi Penggugat, baik secara materiil maupun imateriil yang keseluruhannya sebesar Rp2.500.000.000,00 (dua miliar lima ratus juta rupiah) dengan perincian sebagai berikut:
 - Kerugian materiil, yaitu:
Penggugat telah mengeluarkan biaya pengobatan untuk terapi sebelum hamil, perawatan kehamilan, persalinan, dan pemakaman serta selamatan sebesar:
-----Rp30.000.000,00
 - Kerugian imateriil, yaitu:
Penggugat mengalami gangguan psikis kehilangan kesempatan untuk mempunyai anak dan harus melakukan terapi pengobatan

lagi untuk mendapatkan anak yang ditaksir dan ditetapkan dengan uang sebesar:

-----Rp2.470.000.000,00

Jumlah:-----Rp2.500.000.000,00

23. Bahwa selanjutnya Tergugat I dan Tergugat II, baik sendiri-sendiri maupun secara tanggung renteng wajib dihukum untuk membayar ganti rugi kepada Penggugat secara tunai dan seketika yang meliputi kerugian materiil dan imateriil sebesar Rp2.500.000.000,00 (dua miliar lima ratus juta rupiah);

24. Bahwa untuk menjamin tuntutan ganti rugi Penggugat, maka perlu diletakkan sita jaminan (*conservatoir beslag*) atas barang-barang bergerak dan tidak bergerak milik Tergugat I dan Tergugat II termasuk tanah dan bangunan rumah tempat tinggal dan Rumah Sakit Ibu dan Anak Bahagia terletak di Jl. Abdurrachman Saleh No. 71 Semarang;

25. Bahwa gugatan Penggugat telah didasarkan bukti autentik, maka putusan dalam perkara ini wajib dinyatakan dapat dijalankan terlebih dahulu (*uitvoerbaar bij voorraad*) meskipun dimungkinkan adanya pemeriksaan verzet, banding, kasasi, maupun upaya hukum lainnya;

Berdasarkan pertimbangan dan fakta hukum tersebut di atas, Penggugat mohon kepada Bapak Ketua Pengadilan Negeri Semarang untuk memberikan putusan sebagai berikut:

1. Mengabulkan gugatan Penggugat untuk keseluruhannya;
2. Menyatakan sah dan berharga sita jaminan (*conservatoir beslag*) atas barang-barang bergerak dan tidak bergerak milik Tergugat I dan Tergugat II termasuk tanah dan bangunan rumah tempat tinggal dan Rumah Sakit Ibu dan Anak Bahagia terletak di Jl. Abdurrachman Saleh No. 71 Semarang;
3. Menyatakan Tergugat I dan Tergugat II telah melakukan perbuatan melawan hukum;
4. Menyatakan atas perbuatan melawan hukum yang dilakukan oleh Tergugat I dan Tergugat II telah menimbulkan kerugian bagi Penggugat baik secara materiil maupun imateriil yang keseluruhannya sebesar Rp2.500.000.000,00 (dua miliar lima ratus juta rupiah);

5. Menghukum Tergugat I dan Tergugat II, baik sendiri-sendiri maupun tanggung renteng untuk membayar ganti rugi kepada Penggugat secara tunai dan seketika yang meliputi kerugian materiil dan imateriil yang keseluruhannya sebesar Rp2.500.000.000,00 (dua miliar lima ratus juta rupiah);
6. Menghukum Tergugat I dan Tergugat II untuk membayar biaya perkara;
7. Menyatakan putusan dalam perkara ini wajib dinyatakan dapat dijalankan terlebih dahulu (*uitvoerbaar bij voorraad*) meskipun dimungkinkan adanya pemeriksaan verzet, banding, kasasi, maupun upaya hukum lainnya;

Atau:

Memberikan putusan lain yang dipandang adil dan bijaksana.

Menimbang, bahwa pada hari persidangan yang telah ditentukan pihak Penggugat telah hadir kuasanya, yakni SOETRISNO, S.H. dan rekan-rekannya, sedangkan Tergugat I dan Tergugat II telah hadir pula kuasanya, yakni saudara-saudara: MAHFUD ALI, S.H., M.Si; GUNARTO, S.H., M.Hum.; UMAR MA'RUF, S.H., ON.M.Hum.; Pemberi Bantuan Hukum dari Biro Konsultasi dan Bantuan Hukum Masyarakat (BKBHM) Fakultas Hukum Universitas Sultan Agung Semarang, beralamat di Jl. Raya Kaligawe Km 4 Semarang, berdasarkan Surat Kuasa Khusus tanggal 26-4-2001 dan saudara-saudara: NYOMAN SARIKAT PUTRA JAYA, S.H., M.H.; PUJIYONO, S.H., M.H.; dan YUNANTO S.H., M.H., dari Badan Konsultasi dan Bantuan Hukum Fakultas Hukum Universitas Negeri Diponegoro Semarang, alamat Jl. Imam Bardjo No. 1 Semarang, berdasarkan Surat Kuasa Khusus tertanggal 5-5-2001;

Menimbang, bahwa selanjutnya Penggugat materiil telah mencabut kuasanya semula dari Kantor SUTRISNO, S.H. DAN REKAN tertanggal 26-6-2001 dan selanjutnya dan untuk persidangan-persidangan berikutnya telah hadir kuasanya yang ditunjuk oleh Penggugat, yakni: ISNAWARDI, S.H. dan SUPRIANTO, S.H. dan CHANDRA ADHY SUBAGIO, S.H. Pengacara-pengacara dari Lembaga Konsultasi dan Bantuan Hukum SEHATI Jl. Telogosari Raya I No. 54 Semarang, berdasarkan surat kuasa tanggal 10-7-2001.

Menimbang, bahwa pada hari sidang pertama di hadapan kuasa Penggugat dan kuasa Tergugat Majelis Hakim karena jabatannya dan berdasarkan ketentuan undang-undang telah berusaha untuk mendamaikan kedua belah pihak agar mereka dapat menyelesaikan perkara tersebut dengan jalan damai, akan

Suami : (sesuai yang ditulis sendiri oleh Penggugat/suaminya).
Nama : dr. Achmad Saldy
Umur : 40 tahun
Pekerjaan: Swasta
Alamat : Jl. Lebdosari IX/7 Semarang

KASUSNYA

Hamil ke II, anak 1 (GII.P.1.Ao).

Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT): 16-2-2000.

1. Tanggal periksa: 21-3-2000 umur kehamilan 5 minggu, tinggi fundus uteri belum teraba, berat badan 64 kg, tensi 110/70 mmHg.
2. Tanggal periksa: 10-4-2000, umur kehamilan: 7,5 minggu, tinggi fundus uteri belum teraba, berat badan 65,5 kg (kenaikan berat badan 1,5 kg), tensi 110/70 mmHg, tenggang waktu periksa 3 minggu, dipesan 1 bulan periksa jika tak ada keluhan.
3. Tanggal periksa: 2-5-2000, umur kehamilan 11 minggu, tinggi fundus uteri 1 sampai 2 jari di atas simpisis pubis, berat badan 65,5 kg (kenaikan berat badan 0 kg), tensi: 110/70 mmHg, tenggang waktu periksa 4 minggu, dipesan 1 bulan periksa jika tak ada keluhan.
4. Tanggal periksa: 22-5-2000, umur kehamilan 13,5 minggu, tinggi fundus uteri 3 sampai 4 jari di atas simpisis pubis, berat badan 67,5 kg (kenaikan berat badan 2 kg), tensi 105/70 mmHg, tenggang waktu periksa 3 minggu, denyut jantung janin (DJJ) positif, dipesan 1 bulan kontrol.
5. Tanggal periksa: 21-6-2000, umur kehamilan 18 minggu, tinggi fundus uteri 4 jari di bawah pusat, berat badan 69,5 kg (kenaikan 2 kg), tensi 110/65 mmHg, DJJ positif, tenggang waktu periksa 1 bulan, dipesan 1 bulan periksa.
6. Tanggal periksa: 25-7-2000, umur kehamilan 23 minggu, tinggi fundus uteri 2 jari di bawah pusat, berat badan 72,5 kg (kenaikan 3 kg), tensi 110/70 mmHg, DJJ positif, tenggang waktu periksa 5 minggu, dipesan 1 bulan kontrol.

7. Tanggal periksa: 2-8-2000, umur kehamilan 24 minggu, tinggi fundus uteri 1 jari di bawah pusat, berat badan 73 kg (kenaikan 0,5 kg), tensi 110/70 mmHg, DJJ positif, tenggang waktu periksa 1 minggu ada keluhan pusing-pusing, dipesan 1 bulan kontrol.
8. Tanggal periksa: 24-8-2000, umur kehamilan 27 minggu, tinggi fundus uteri 2 jari di atas pusat, berat badan 72,5 kg (kenaikan 0,5 kg), tensi 110/70 mmHg, DJJ positif, tenggang waktu periksa 3 minggu, dipesan 2 minggu kontrol.
9. Tanggal periksa: 18-9-2000, umur kehamilan 31 minggu, tinggi fundus uteri tidak tercatat, berat badan 75,5 kg (kenaikan 3 kg), tensi 110/70 mmHg, janin letak kepala belum masuk pintu atas panggul/PAP (simbol gambar), tenggang waktu periksa 3,5 minggu, dipesan 2 minggu kontrol.
10. Tanggal periksa: 16-10-2000, umur kehamilan 35 minggu, tinggi fundus uteri tidak tercatat, berat badan 81,5 kg (kenaikan 6 kg), tensi 110/70 mmHg, janin letak kepala, belum masuk pintu atas panggul (simbol gambar), DJJ positif, tenggang waktu periksa 1 bulan, dipesan 1 minggu kontrol.
11. Tanggal 20-10-2000 datang di RSIA Bahagia, didapatkan tinggi fundus uteri 3 jari di bawah *Droccessus Xyphoideus*, DJJ positif, tensi 110/70 mmHg, kepala belum masuk PAP (simbol gambar). Penggugat mengeluarkan air ketuban (merembes).

b. Bahwa dari hasil pemeriksaan tersebut, kenaikan tinggi fundus uteri sesuai dengan kehamilan normal, total kenaikan berat badan (17,5 kg) masih dalam batas normal, dan selama pengawasan kehamilan tensi (tekanan darah) selalu normal saja DJJ (+).

Bahwa pada pemeriksaan ke-10 (16-10-2000) terdapat kenaikan berat badan 6 (enam) kg dibandingkan dengan berat badan pada pemeriksaan ke-9 (18-9-2000).

Didapati adanya odema/bengkak pada kaki dan tangan.

Sejak pemeriksaan ke-8 (24-8-2000), sudah dipesan untuk kontrol setiap 2 minggu sebab waktu itu kehamilannya 27 minggu disertai

Suami : (sesuai yang ditulis sendiri oleh Penggugat/suaminya).
Nama : dr. Achmad Saldy
Umur : 40 tahun
Pekerjaan : Swasta
Alamat : Jl. Lebdosari IX/7 Semarang

KASUSNYA

Hamil ke II, anak 1 (GII.P1.Ao).

Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT): 16-2-2000.

1. Tanggal periksa: 21-3-2000 umur kehamilan 5 minggu, tinggi fundus uteri belum teraba, berat badan 64 kg, tensi 110/70 mmHg.
2. Tanggal periksa: 10-4-2000, umur kehamilan: 7,5 minggu, tinggi fundus uteri belum teraba, berat badan 65,5 kg (kenaikan berat badan 1,5 kg), tensi 110/70 mmHg, tenggang waktu periksa 3 minggu, dipesan 1 bulan periksa jika tak ada keluhan.
3. Tanggal periksa: 2-5-2000, umur kehamilan 11 minggu, tinggi fundus uteri 1 sampai 2 jari di atas simpisis pubis, berat badan 65,5 kg (kenaikan berat badan 0 kg), tensi: 110/70 mmHg, tenggang waktu periksa 4 minggu, dipesan 1 bulan periksa jika tak ada keluhan.
4. Tanggal periksa: 22-5-2000, umur kehamilan 13,5 minggu, tinggi fundus uteri 3 sampai 4 jari di atas simpisis pubis, berat badan 67,5 kg (kenaikan berat badan 2 kg), tensi 105/70 mmHg, tenggang waktu periksa 3 minggu, denyut jantung janin (DJJ) positif, dipesan 1 bulan kontrol.
5. Tanggal periksa: 21-6-2000, umur kehamilan 18 minggu, tinggi fundus uteri 4 jari di bawah pusat, berat badan 69,5 kg (kenaikan 2 kg), tensi 110/65 mmHg, DJJ positif, tenggang waktu periksa 1 bulan, dipesan 1 bulan periksa.
6. Tanggal periksa: 25-7-2000, umur kehamilan 23 minggu, tinggi fundus uteri 2 jari di bawah pusat, berat badan 72,5 kg (kenaikan 3 kg), tensi 110/70 mmHg, DJJ positif, tenggang waktu periksa 5 minggu, dipesan 1 bulan kontrol.

7. Tanggal periksa: 2-8-2000, umur kehamilan 24 minggu, tinggi fundus uteri 1 jari di bawah pusat, berat badan 73 kg (kenaikan 0,5 kg), tensi 110/70 mmHg, DJJ positif, tenggang waktu periksa 1 minggu ada keluhan pusing-pusing, dipesan 1 bulan kontrol.
8. Tanggal periksa: 24-8-2000, umur kehamilan 27 minggu, tinggi fundus uteri 2 jari di atas pusat, berat badan 72,5 kg (kenaikan 0,5 kg), tensi 110/70 mmHg, DJJ positif, tenggang waktu periksa 3 minggu, dipesan 2 minggu kontrol.
9. Tanggal periksa: 18-9-2000, umur kehamilan 31 minggu, tinggi fundus uteri tidak tercatat, berat badan 75,5 kg (kenaikan 3 kg), tensi 110/70 mmHg, janin letak kepala belum masuk pintu atas panggul/PAP (simbol gambar), tenggang waktu periksa 3,5 minggu, dipesan 2 minggu kontrol.
10. Tanggal periksa: 16-10-2000, umur kehamilan 35 minggu, tinggi fundus uteri tidak tercatat, berat badan 81,5 kg (kenaikan 6 kg), tensi 110/70 mmHg, janin letak kepala, belum masuk pintu atas panggul (simbol gambar), DJJ positif, tenggang waktu periksa 1 bulan, dipesan 1 minggu kontrol.
11. Tanggal 20-10-2000 datang di RSIA Bahagia, didapatkan tinggi fundus uteri 3 jari di bawah *Processus Xyphoideus*, DJJ positif, tensi 110/70 mmHg, kepala belum masuk PAP (simbol gambar). Penggugat mengeluarkan air ketuban (me-rembes).

- b. Bahwa dari hasil pemeriksaan tersebut, kenaikan tinggi fundus uteri sesuai dengan kehamilan normal, total kenaikan berat badan (17,5 kg) masih dalam batas normal, dan selama pengawasan kehamilan tensi (tekanan darah) selalu normal saja DJJ (+).

Bahwa pada pemeriksaan ke-10 (16-10-2000) terdapat kenaikan berat badan 6 (enam) kg dibandingkan dengan berat badan pada pemeriksaan ke-9 (18-9-2000).

Didapati adanya odema/bengkak pada kaki dan tangan.

Sejak pemeriksaan ke-8 (24-8-2000), sudah dipesan untuk kontrol setiap 2 minggu sebab waktu itu kehamilannya 27 minggu disertai

bengkak dengan berat badan 72,5 kg. Tinggi fundus uteri masih sesuai dengan patokan normal (2 jari di atas pusat) diberi nasihat diet rendah garam. Akan tetapi, Penggugat baru datang periksa 3 minggu kemudian, yaitu tanggal 18-9-2000, berat badan 75,5 kg (kenaikan 3 kg), masih terdapat kaki bengkak. Sejak itu Tergugat makin mewaspadai adanya kemungkinan Pre-eklamsi (Pre-eklamsi adalah suatu komplikasi kehamilan yang dulu disebut juga "keracunan kehamilan" ditandai dengan pertambahan berat badan (BB) berlebihan disertai odema/bengkak, hipertensi, dan gangguan ginjal ada protein dalam air kemih penderita). Maka Penggugat dinasihati untuk datang periksa 2 minggu lagi atau kalau ada keluhan-keluhan lain. Ternyata, Penggugat baru datang kontrol ke-10 (16 Oktober 2000) didapati berat badan 81,5 kg (kenaikan 6 kg) dalam tenggang waktu 1 bulan. Tensi normal keadaan janin letak kepala (normal), DJJ (+), odema (¥) Tergugat tetap mewaspadai kemungkinan Pre-eklamsi karena Pre-eklamsi dapat membahayakan Penggugat dan janinnya, terutama bila memberat menjadi eklamsi (yaitu gejala Pre-eklamsi ditambah kejang, yang dapat menyebabkan ibu mengalami koma sampai meninggal, dan janin dapat meninggal di dalam kandungan atau segera setelah dilahirkan). Maka Penggugat dinasihati: diet rendah garam dan datang kontrol 1 (satu) minggu lagi. Dari data tersebut di atas terbukti Penggugat sendiri telah tidak menunjukkan itikad baiknya untuk mengikuti nasihat Tergugat sehubungan dengan tenggang waktu kontrolnya (dipesan 2 minggu kontrol, tetapi 1 bulan kemudian baru datang kontrol) ini berarti Penggugat sendiri memiliki suatu *contributory negligence*.

c. Bahwa dari hasil pemeriksaan terhadap Penggugat, juga tidak didapati tanda-tanda terlalu banyaknya air ketuban. Sebab jika air ketuban terlalu banyak (hidramnion), maka tinggi fundus uteri akan jauh di atas ukuran yang normal denyut jantung janin (DJJ) lebih sukar dideteksi, dan tidak jarang letak janin sukar ditentukan atau mengalami kelainan letak. Pada Penggugat tidak ditemukan tanda-tanda itu. Kasusnya lebih mengarah kepada Pre-eklamsi, yang memang sangat diwaspadai oleh Tergugat karena merupakan penyebab utama kesakitan dan kematian pada ibu melahirkan dan bayi baru lahir.

4. Bahwa para Tergugat menolak secara tegas dalil-dalil gugatan Penggugat point 14 s.d. 18 yang pada intinya menyatakan bahwa Tergugat I telah melakukan kesalahan atau kelalaian, yaitu sebagai dokter kebidanan telah mengetahui kehamilan Penggugat terjadi hidramnion, tetapi tidak melakukan tindakan medis secara dini demi keselamatan bayi. Adapun penolakan Tergugat I didasarkan pada argumentasi sebagai berikut:

a. Bahwa adalah salah besar jika menyimpulkan diagnosis hidramnion hanya berdasarkan kenaikan berat badan dan keluhan subjektif penggugat serta perkiraan/kesan kasar (yang juga subjektif) mengenai jumlah cairan ketuban yang dilihat pada waktu operasi dengan mengesampingkan fakta/data objektif lainnya (selama pengawasan kehamilan).

b. Bahwa Tergugat I tidak sependapat dengan diagnosis hidramnion pada diri Penggugat selain karena tidak didukung bukti klinis/penunjang yang objektif dan terukur, juga terdapat hal yang justru tidak sesuai untuk hidramnion, antara lain:

b.1. Pada hidramnion perut penderita akan tampak sangat besar, teraba tegang mengkilat dan nyeri karena perut dan rahim sangat teregang akibat timbunan cairan ketuban yang berlebihan dalam rahim. Pada diri Penggugat TIDAK PERNAH terdapat keluhan maupun tanda-tanda seperti itu (lihat poin gugatan nomor 3, 5, 6, 7, 8, 15, dan 16).

b.2. Pertambahan tinggi fundus uteri (bagian rahim tertinggi yang dapat diraba melalui kulit dinding perut) dari Penggugat selama masa pengawasan kehamilan oleh Tergugat I selalu sesuai dengan umur kehamilan yang normal (lihat catatan medik rawat jalan, poin 3.a di atas). Keadaan ini tidak akan terjadi bila ada hidramnion di mana pertambahan tinggi fundus uteri akan melebihi usia kehamilannya karena adanya cairan ketuban yang berlebihan.

b.3. Tinggi fundus uteri yang berlebihan dan perut yang sangat tegang akibat timbunan cairan ketuban pada hidramnion

*) Di dalam rahim ibu hamil terdapat janin yang berada dalam air ketuban yang diselubungi kulit betuban. Jumlah air ketuban normal 1—1,5 liter. Bila jumlah air ketuban berlebihan/lebih dari 2 liter, disebut hidramnion.

akan menyebabkan pendesakan pada diafragma dan paru penderita hidramnion sehingga akan terjadi sesak napas. Pada diri Penggugat meskipun ada keluhan subjektif sesak hilang timbul, ternyata tidak pernah ditemukan tanda-tanda objektif sesak napas akibat pendesakan diafragma dan paru yang disebabkan hidramnion, seperti frekuensi pernapasan yang cepat, ortopnea (pengambilan posisi tertentu oleh penderita untuk mengurangi sesaknya), penggunaan otot-otot napas tambahan (retraksi dinding dada) dan fundus uteri yang tingginya melebihi posisi diafragma (sesuai dengan ujung tulang dada/prosesus sifoideus). Selain itu, sesak pada hidramnion tidak hilang timbul, melainkan terus-menerus (menetap) karena pendesakan diafragma oleh air ketuban yang berlebihan juga terjadi terus-menerus.

- b.4. Denyut jantung janin (DJJ) dapat didengarkan dengan mudah, hanya dengan menggunakan alat sederhana, yaitu stetoskop Laennec. Pada hidramnion, denyut jantung sangat sulit didengarkan karena adanya cairan yang berlebihan menghalangi penghantaran bunyi DJJ, kecuali bila menggunakan alat canggih seperti *fetalphone*.
- b.5. Bagian-bagian janin Penggugat tidak sulit diraba, bahkan pada saat kontrol tanggal 18 September 2000 dan 16 Oktober 2000, Tergugat I dengan mudah dapat menentukan posisi janin normal, yaitu letak kepala, dan dapat menilai penurunan kepala janin hanya dengan pemeriksaan luar (lihat catatan medik rawat jalan). Pada hidramnion banyaknya cairan ketuban dan sangat tegangnya dinding perut menyebabkan bagian-bagian janin sulit diraba dan bayi juga mudah berubah-ubah posisinya sehingga sulit untuk memastikan posisi janin. Selain itu, hidramnion sering mengakibatkan kelainan letak janin sementara pada Penggugat, kenyataannya posisi janin juga normal.
- b.6. Penambahan berat badan (BB) yang mencolok pada diri Penggugat selama kehamilannya ternyata disertai dengan timbulnya bengkak-bengkak pada jari tangan dan kaki, serta nyeri tungkai (lihat dalil Penggugat nomor 16), sebenarnya gejala-gejala tersebut tidak spesifik untuk hidramnion (artinya

bisa juga didapatkan pada penyakit lain, seperti pre-eklamsi) karena pada hidramnion timbunan cairan terdapat di dalam rahim ibu (sebagai air ketuban yang berlebihan) sehingga gejala yang lebih spesifik adalah sebagaimana dijelaskan pada poin 4.b.1. s.d. b.5. di atas (yaitu perut yang sangat besar tegang, nyeri, tinggi fundus uteri yang melebihi masa kehamilan, sesak napas dengan tanda objektif yang sesuai dengan tanda-tanda pendesakan diafragma dan paru. DJJ yang sulit didengar, bagian-bagian janin sulit diraba kelainan posisi janin). Kenaikan BB yang mencolok disertai gejala bengkak-bengkak, seperti yang dialami Penggugat lebih memberikan petunjuk bahwa timbunan cairan sebenarnya terjadi pada tubuh ibu (bukan pada rahim ibu). Ini bisa terjadi karena pengaruh hormonal kehamilan, karena bendungan aliran darah balik di dalam rongga panggul karena tahanan oleh rahim yang bertambah besar (keduanya fisiologis/normal dalam kehamilan), atau karena suatu komplikasi kehamilan yang disebut Pre-eklamsi/eklamsi. Penyebab yang terakhir inilah yang berbahaya karena merupakan satu dari tiga penyebab utama kesakitan dan kematian pada ibu melahirkan dan bayi baru lahir, dan sebenarnya inilah yang terutama menjadi perhatian Tergugat selama masa pengawasan kehamilan dan proses persalinan Penggugat, Pre-eklamsi dan eklamsi ditandai dengan trias gejala: bengkak, hipertensi, dan adanya protein dalam air kemih, sedangkan pada Penggugat tensinya selalu dalam batas normal (lihat catatan medik rawat jalan dan rawat inap). Oleh karena itu, wajar bila Tergugat selalu menyatakan, hasil pemeriksaan baik (tensi darah baik, tinggi fundus uteri selalu sesuai dengan umur kehamilan, DJJ terdengar jelas, bagian janin mudah diraba, dan menunjukkan tidak ada kelainan posisi janin).

kelainan b.7. Hidramnion biasanya berhubungan dengan kelainan bawaan janin berupa atresia atau struktur esofagus, hidrosefalus, anensefali, spina bifida, dan *struma blocking oesophagus* (Rustam Mochtar, *Sinopsis Obstetri Fisiologi Obstetri Patologi*, Jilid 1, Edisi 2, EGC, Jakarta, 1998, h. 253 dan John M. Hutson *et al.*, dalam *Jonas Clinical Paediatric Surgery Diagnosis and Management*, 5th Ed., Blackwell Science Asia

Victoria, 1999, p. 31). Adanya gambaran udara usus dalam rongga dada bayi Penggugat (lihat resume perawatan By Ferial) juga membuktikan bahwa tidak ada atresia atau struktur oesofagus).

b.8. Karena kriteria diagnosis hidramnion adalah jumlah air ketuban yang lebih dari 2.000 cc (William Obstetrics 12th Ed., Appleton Century-Crofts, New York, 1961: 603, **Sarwono Prawirohardjo** dkk., *Ilmu Kebidanan*, Bina Pustaka, Jakarta 1976: 297, Biro Hukum dan Humas Departemen Kesehatan RI, *Perawatan Ibu di Puskesmas dan Rumah Sakit*, Jakarta, 1997, h. 228—229) maka diagnosis tidak dapat dipastikan hanya dengan kesan/perkiraan kasar selama operasi tanpa mempertimbangkan pemeriksaan klinis yang lain, apa lagi tanpa pengukuran secara objektif volume cairan ketuban.

5. Bahwa Tergugat I dengan tegas menolak semua dalil Penggugat poin 10, 11, 12, 19, dan 20 yang pada intinya menyatakan bahwa Tergugat I tidak melakukan tindakan medis apa pun sejak terjadi ketuban pecah dini (KPD) dan Tergugat I terlambat memutuskan operasi. Hal yang menjadi dalil penolakan adalah:

a. Ketuban pecah dini (KPD) bukanlah suatu kegawatan yang mengancam jiwa ibu atau bayi yang dikandungnya. Apabila terjadi KPD, maka standar medis adalah menunggu munculnya kontraksi rahim yang teratur dan pembukaan mulut rahim secara alamiah sebagai tanda bahwa proses persalinan sudah dimulai, mencegah infeksi janin dengan sangat membatasi pemeriksaan dalam *vaginal toucher* (VT), memberikan antibiotika, sambil mengawasi ada tidaknya tanda-tanda kegawatan pada ibu dan janin. Bila dalam 24 jam ternyata tidak terjadi kontraksi rahim yang teratur dan pembukaan mulut rahim secara alamiah sementara tidak ada kegawatan janin atau ibu, maka prosedur berikutnya melakukan persalinan anjuran atau disebut induksi persalinan (Biro Hukum dan Humas Departemen Kesehatan RI, *Perawatan Ibu di Puskesmas dan Rumah Sakit*, Jakarta, 1997, h. 209—210, dan **Rusman Mochtar**, *Sinopsis Obstetri, Obstetri Fisiologi Obstetri Patologi*, Jilid 1, Edisi 2, EGC, Jakarta 1998: 245—246). Induksi persalinan adalah upaya untuk memicu terjadinya persalinan dengan obat-obatan, misalnya, Compositrin. Apabila upaya ini berhasil, maka

ibu akan merasa mules karena kontraksi rahim yang kuat dan teratur disertai terjadinya pembukaan leher rahim; dan proses pembukaan mulut rahim ini sampai lengkap (10 cm) umumnya berlangsung 7—14 jam sejak ibu merasakan mules-mules yang teratur. Apabila upaya ini tidak berhasil, maka dinyatakan "induksi persalinan gagal" atau "partus tak maju" yang merupakan indikasi untuk dilakukan operasi caesar karena KPD yang terlalu lama akan sangat meningkatkan risiko infeksi bayi baru lahir. Jadi, KPD saja bukan indikasi untuk segera melakukan operasi caesar. Hanya bila ada tanda-tanda kegawatan pada ibu atau janin dalam proses menunggu ini, maka operasi harus segera dilakukan tanpa menunggu waktu 24 jam.

b. Dalam hal yang terjadi pada Peggugat, setelah ditunggu 10 (sepuluh) jam, ternyata tidak timbul kontraksi rahim yang kuat dan teratur sehingga oleh Tergugat I dilakukan induksi persalinan dengan Compositrin. Ini pun ternyata tidak menimbulkan proses persalinan seperti yang diharapkan, yakni walaupun muncul kontraksi rahim (yang dirasakan sebagai mules-mules oleh Peggugat), ternyata setelah 7 (tujuh) jam tidak terjadi kemajuan dalam proses persalinan (pembukaan mulut rahim masih tetap 1 cm). "Mules-mules tidak karuan" dan perasaan subjektif "perut seperti mau pecah" yang dirasakan Peggugat bukanlah kegawatan yang menyebabkan persalinan harus segera diakhiri dengan operasi karena dari pemantauan klinis keadaan umum Peggugat baik, tanda-tanda vital Peggugat (tekanan darah, frekuensi napas, frekuensi nadi, dan suhu) stabil. Selain itu, juga tidak ada tanda kegawatan janin (misalnya, frekuensi DJJ yang meningkat atau gerakan janin yang berkurang). Karena itu, kalau akhirnya diputuskan untuk mengakhiri kehamilan dengan operasi caesar, adalah bukan karena ada kegawatan yang mendesak pada janin maupun ibunya, tetapi karena induksi persalinan gagal.

c. Waktu tunggu yang 18 jam sebelum operasi bagi Peggugat mungkin dirasakan lama, tetapi sebenarnya masih dalam batas waktu yang diperkenankan oleh standar medis (24 jam) karena selama "masa menunggu" tersebut memang tidak ada kegawatan janin atau ibu yang mengharuskan operasi segera dilakukan. Karena indikasi (alasan) operasi pada diri Peggugat bukan

karena kegawatan ibu atau janin, maka sebenarnya tidak ada keharusan untuk segera/terburu-buru melakukan operasi atau mengirim penderita ke RS lain yang memungkinkan untuk melakukan operasi. Sekali lagi perlu diingat bahwa KPD bukan kegawatan yang merupakan indikasi untuk segera dilakukan operasi caesar.

d. Bahwa kemudian Tergugat I secara fisik/langsung melakukan kunjungan pemeriksaan pada diri Penggugat dua kali (karena pada jangka waktu yang sama Tergugat I harus melayani puluhan pasien rawat jalan, melakukan 2 kali operasi dan melakukan 1 kali pertolongan persalinan per vagina pada pasien lain yang membutuhkan), tetapi tidak berarti Tergugat I tidak melakukan tindakan medis lain yang diperlukan di luar kunjungan langsungnya tersebut. Sejak Penggugat datang di RSIA Bahagia dan dilaporkan oleh bidan jaga, Tergugat I sudah langsung memberikan instruksi kepada bidan jaga untuk memberikan suntikan antibiotika, serta untuk melakukan pengawasan dan pemantauan klinis keadaan Penggugat dan janinnya kepada bidan jaga yang memang memiliki kompetensi untuk itu, dan bidan tersebut juga secara teratur melaporkan perkembangan keadaan penggugat dan janinnya. Semua tambahan obat-obatan (suntikan antibiotika, tablet Compositrin ke-1 sampai ke-5) yang diberikan bidan jaga kepada Penggugat selama 18 jam dirawat di RSIA Bahagia sebenarnya merupakan instruksi dari Tergugat I setelah mendapat laporan dari bidan jaga dan pemeriksaan langsung oleh Tergugat I sendiri. Jadi, tidak benar jika dinyatakan bahwa Tergugat I tidak melakukan tindakan medis apa pun setelah Penggugat masuk RSIA Bahagia.

6. Bahwa para Tergugat menolak pula secara tegas dalil-dalil gugatan Penggugat poin 13, 19, 20 yang pada isinya menyatakan bahwa para Tergugat telah menelantarkan Penggugat dengan tidak segera mengirim ke RS Telogorejo, mengirim begitu saja tanpa surat rujukan, dan dengan begitu saja menyerahkan operasi kepada dokter lain (tidak mau melakukan sendiri operasi yang diperlukan Penggugat). Keadaan yang sebenarnya adalah sebagai berikut:

a. Bahwa setelah induksi persalinan pada diri Penggugat tidak berhasil, maka diputuskan mengakhiri kehamilan dengan operasi

- caesar sesuai dengan standar medis suami Penggugat telah menyatakan persetujuan (akan dibuktikan) mengenai hal ini.
- b. Karena dokter spesialis anestesi yang biasa bertugas di RSIA Bahagia berhalangan, maka para Tergugat menyarankan kepada suami Penggugat agar operasi di RS Telogorejo atau RS Roemani yang memiliki lebih banyak dokter anestesi dan selalu ada dokter jaga anestesi. Suami Penggugat ternyata memilih RS Telogorejo. Tergugat I juga telah menyampaikan kepada suami Penggugat bahwa karena keterbatasan kemampuan fisik (setelah pada hari itu melakukan 2 kali operasi, melakukan pertolongan persalinan 1 kali, dan memeriksa puluhan pasien sebelumnya Tergugat I berpendapat bahwa bila Tergugat I memaksakan diri untuk melakukan operasi sendiri, Tergugat I khawatir tidak dapat bekerja dengan baik karena dalam keadaan kelelahan. Sikap Tergugat I ini tidak salah karena justru demi kepentingan dan kebaikan pasien. Sikap ini sesuai dengan Kode Etik Kedokteran Indonesia (Kodeki, SK Menteri Kesehatan RI No. 434/Menkes/SK/X/1983) Pasal 11, bahwa seorang dokter harus selalu mengutamakan kepentingan pasien, dan Pasal 17, bahwa seorang dokter berkewajiban memelihara kesehatannya agar dapat bekerja dengan baik. Oleh karena itu, Tergugat I mengusulkan agar operasi dilakukan oleh dokter spesialis kebidanan lain. Suami Penggugat juga telah menyetujui dan suami Penggugat sendirilah yang telah memilih dr. Fajar Siswanto, Sp. OG yang juga menjadi dokter mitra di RS Telogorejo.
- c. Para Tergugat juga telah menawarkan untuk memanggil ambulans RS Telogorejo untuk membawa Penggugat ke RS Telogorejo, tetapi suami Penggugat menolak dan memilih untuk membawa sendiri istrinya (Penggugat) dengan mobilnya. Kemauan suami Penggugat itu disetujui oleh Tergugat I karena memang tidak ada kegawatan pada diri Penggugat maupun janinnya dan karena selama ini suami Penggugat mengaku (dan juga diakui Penggugat) sebagai seorang "dokter" sehingga tidak akan panik, dapat memahami bahwa keadaan Penggugat pada saat dikirim ke RS Telogorejo adalah baik, tidak ada kegawatan, serta diharapkan tidak akan menjumpai kesulitan di RS Telogorejo (dengan menyebutkan dalam surat rujukan bahwa Penggugat sebagai

istri "dokter"; apalagi sebelumnya Tergugat I telah menghubungi RS Telogorejo untuk menyiapkan hal-hal yang diperlukan untuk operasi Penggugat, seperti kamar operasi, dokter obstetri, dokter anestesi, dan ruang perawatan kebidanan. Hal ini telah terdokumentasi dalam resume pasien a.n. Ny. Ferial Achmad, bahkan telah diakui Penggugat sendiri serta suaminya).

d. Para Tergugat menolak tuduhan bahwa para Tergugat mengirim Penggugat tanpa surat rujukan karena kenyataannya, Tergugat I telah membuat surat rujukan tersebut (akan dibuktikan pada saatnya), bahkan Tergugat I telah menelepon sendiri dr. Fajar Siswanto, Sp.OG yang telah dipilih oleh suami Penggugat, untuk meminta kesediaannya menggantikan Tergugat I melakukan operasi terhadap Penggugat, serta menceritakan riwayat kehamilan dan proses persalinannya termasuk menceritakan (pengakuan Penggugat) bahwa Penggugat adalah "istri kolega" (dokter) dari Sultan Agung.

e. Bahwa dr. Fajar Siswanto, Sp.OG, menyatakan bersedia dan segera menuju RS Telogorejo. Tergugat sendiri juga yang telah menelepon petugas kamar bedah RS Telogorejo mengenai pasien yang dirujuknya serta pesan untuk menyiapkan kamar operasi beserta dokter anestesiannya. Atas upaya Tergugat inilah, maka saat Penggugat tiba di Unit Gawat Darurat (UGD) RS Telogorejo, ia tidak perlu menunggu lama dan bisa langsung segera menuju ke kamar operasi karena riwayat penyakit, diagnosis, dan program operasinya telah diinformasikan oleh Tergugat kepada petugas di UGD RS Telogorejo (upaya-upaya Tergugat tersebut bahkan terdokumentasi dalam resume pasien a.n. Ny. Ferial dan catatan medik rawat inap a.n. Ny. Ferial di RS Telogorejo). Tanpa upaya Tergugat sebagaimana tersebut di atas, maka Penggugat sudah pasti harus menunggu lebih lama karena harus melalui prosedur pemeriksaan oleh dokter UGD, menunggu dikonsulkan dokter spesialis kebidanan, menunggu penyiapan kamar operasi, dan menunggu kedatangan dokter anestesi.

7. Para Tergugat menolak dalil nomor 20, 21, dan 22 dengan alasan sebagai berikut:

a. Bahwa semua tindakan Tergugat I dalam pemeriksaan kehamilan maupun dalam menangani kejadian ketuban pecah dini telah dilakukan sesuai dengan standar medis. Operasi yang dilakukan 18 jam setelah KPD masih dalam batas yang dibenarkan menurut standar medis karena indikasinya adalah KPD dengan induksi persalinan gagal, dan sama sekali tidak ada kegawatan pada ibu maupun janin yang menyebabkan operasi harus dilakukan lebih awal. Tidak adanya kegawatan janin juga terbukti dari resume pasien a.n. Ny. Ferial dan catatan operasi yang dibuat dr. Witjaksono, Sp.An., serta resume a.n. Bayi Ferial yang dibuat oleh Dr. Tatty Ermin, Sp.AK. yang kesemuanya tidak ada yang menyebutkan bahwa ada gawat janin/*fetal distress* pada saat akan dilakukan operasi caesar. Merupakan kelaziman bagi seorang dokter spesialis kebidanan, dokter anestesi, maupun dokter anak, untuk menuliskan diagnosis *fetal distress* bila memang ada gawat janin, baik pada persalinan melalui vagina atau melalui operasi karena akan menjadi salah satu penuntun dalam melakukan tindakan selama operasi dan setelah operasi.

Digunakannya teknik Anestesi Blok Epidural (lihat resume pasien a.n. Ny. Ferial) juga membuktikan bahwa tidak ada kegawatan pada ibu maupun janin sebelum dilakukan operasi karena teknik Anestesi Blok Epidural tidak dilakukan pada keadaan dengan kegawatan pada janin atau ibu karena berisiko hipotensi pada ibu yang akan memperburuk kegawatan pada janin atau ibu (John J. Bonica dan John S. McDonald, *Principles and Practice of Obstetric Analgesia and Anesthesia*, 2nd Edition, William and Wilkins, Baltimore, 1995: 236). Diagnosis gawat janin dapat ditegakkan dengan mudah dekat sebelum operasi dengan memeriksa frekuensi DJJ (tidak membutuhkan alat dan waktu khusus) sehingga tidak mungkin terlewatkan/atau tidak diketahui oleh ketiga dokter yang hadir pada saat operasi (dokter kebidanan, anestesi anak).

b. Tidak ada indikasi medis untuk melakukan pemeriksaan sebagaimana disebutkan Penggugat dalam dalil nomor 20 karena temuan klinis objektif sama sekali tidak menyokong ke arah hidramni-

on Tergugat I lebih mewaspadai ke arah kemungkinan akan terjadinya Pre-eklamsi, yang jika berkembang menjadi eklamsi akan sangat membahayakan ibu dan anaknya, maka Tergugat I memesan betul-betul agar Penggugat datang kontrol 1 minggu lagi setelah kontrol terakhir (tanggal 16 Oktober 2000).

c. Kesakitan dan kematian bayi Penggugat jelas-jelas disebabkan (lihat resume catatan medik a.n. Ny. Ferial) karena hernia diafragmatika (suatu kelainan bawaan janin di mana terdapat cacat berupa lubang pada sekat rongga badan/diafragma yang membatasi rongga dada dan rongga perut. Lubang ini cukup besar sehingga sebagian usus, lambung, hati/lever yang semestinya ada di dalam rongga perut terdorong masuk ke rongga dada, mengakibatkan gangguan pada fungsi paru-paru sehingga bayi yang dilahirkan dengan kelainan ini mengalami kesulitan hebat untuk bernapas dan akhirnya meninggal). Kesakitan dan kematian bayi Penggugat tidak ada hubungannya dengan penanganan kehamilan maupun penanganan KPD dan sebagian proses persalinan yang melibatkan para Tergugat. Bahkan, seandainya (sekali lagi SEANDAINYA) ada hidramnion (*quad non*) secara medis, tidak akan menimbulkan kecacatan pada janin dan tidak akan menyebabkan kematian pada bayi karena hidramnion bukanlah penyebab kecacatan janin atau kematian bayi. Adanya kelainan bawaan hernia diafragmatika memang tidak selalu dapat dideteksi sebelum kelahiran walaupun dengan pemeriksaan USG, terutama bila hernia diafragmatika merupakan kelainan bawaan satu-satunya/tidak disertai kelainan bawaan lain. Kelainan ini baru bisa dipastikan setelah dilakukan foto röntgen dada beberapa saat setelah bayi lahir (John M. Hutson *et al.*, *Jones Clinical Paediatric Surgery Diagnosis and Management*, 5th Ed., Blackwell Science Asia, Victoria, 1999: 2—3, 29).

d. Bahwa dari fakta yang ada dalam kasus ini, penyebab kematian bayi Penggugat adalah karena adanya hernia diafragmatika.

DALAM REKONVENSİ

1. Bahwa semua yang termuat dalam eksepsi dan konvensi dianggap tertulis dan terbaca kembali dalam rekonvensi.

2. Bahwa gugatan Tergugat dalam rekonsensi (selanjutnya ditulis Tergugat d.r.) pada dasarnya menyangkut kematian anaknya sehingga merupakan satu rangkaian kesatuan yang meliputi proses kehamilan, kelahiran, dan perawatan anaknya di RS Telogorejo.
3. Bahwa Tergugat d.r. telah menyelesaikan kasusnya melalui kesepakatan damai tertanggal 18 Desember 2000 dengan pihak RS Telogorejo yang berarti perkara ini sudah berakhir.
4. Bahwa atas dasar hal tersebut Tergugat d.r. telah melakukan gugatan tanpa dasar dan tanpa hak.
5. Bahwa dengan adanya gugatan yang tanpa dasar dan tanpa hak dari Tergugat d.r. tersebut mengakibatkan kepentingan para Penggugat dalam rekonsensi (selanjutnya disingkat para Penggugat d.r.) terganggu karena harus melayani gugatan tersebut dan juga merugikan nama baik para Penggugat d.r.
6. Bahwa Tergugat d.r. telah melakukan perbuatan melawan hukum kepada para Penggugat d.r., yaitu Tergugat d.r. menyatakan bahwa suaminya adalah seorang dokter, padahal sebenarnya bukan seorang dokter. Sehingga akibat perbuatan tersebut para Penggugat d.r. membebaskan semua biaya pemeriksaan (sesuai dengan etika yang berlaku dalam kalangan dokter bahwa jasa medis tidak ditarik biaya bila pasien adalah sejawat dokter atau keluarganya).
7. Bahwa para Penggugat d.r. merasa malu dan terdapat beban moral yang berat karena surat rujukannya ke RS Telogorejo, yang di dalamnya Penggugat d.r. (karena berdasarkan keterangan palsu dari Tergugat d.r. dan suaminya) menyatakan bahwa Tergugat d.r. adalah istri kolega/dokter, telah mengakibatkan semua dokter yang menangani Tergugat d.r. dan bayinya tidak mendapatkan haknya atas honorarium jasa medis (sesuai dengan etika yang berlaku di kalangan dokter).
8. Bahwa Tergugat d.r. juga telah menuduh Penggugat d.r. dan keluarganya melakukan teror melalui telepon gelap sebagaimana termuat dalam *Harian Wawasan*, Edisi Sabtu, 12 Mei 2001, halaman 3. Padahal, yang sebenarnya Penggugat d.r. dan keluarganya tidak pernah melakukan tindakan yang dituduhkan tersebut sehingga perbuatan Tergugat d.r. tersebut dapat diklasifikasikan sebagai perbuatan melawan hukum.

9. Bahwa akibat perbuatan melawan hukum yang dilakukan oleh Tergugat d.r. tersebut telah menimbulkan kerugian bagi para Penggugat d.r., baik secara materiil maupun imateriil yang keseluruhannya sebesar Rp1.000.250.000,00 (satu miliar dua ratus lima puluh ribu rupiah) dengan perincian sebagai berikut:

a. Kerugian materiil:

Biaya rawat inap di RSIA Bahagia selama 2 hari tanggal 20—21 Oktober 2000 = Rp250.000,00

b. Kerugian imateriil = Rp1.000.000.000,00

10. Bahwa Tergugat d.r. wajib dihukum untuk membayar ganti rugi kepada para Penggugat d.r. secara tunai dan seketika yang meliputi kerugian materiil dan imateriil sebagaimana tersebut di atas sejumlah Rp1.000.250.000,00 (satu miliar dua ratus lima puluh ribu rupiah).

11. Bahwa untuk menjamin tuntutan ganti rugi para Penggugat d.r., maka perlu diletakkan sita jaminan atas barang-barang bergerak dan tidak bergerak milik Tergugat d.r.

Berdasarkan alasan-alasan sebagaimana tersebut di atas, kami mohon kepada Majelis Hakim yang memeriksa perkara ini untuk menjatuhkan putusan sebagai berikut:

DALAM EKSEPSI

1. Menolak gugatan Penggugat untuk seluruhnya atau setidaknya menyatakan gugatan Penggugat tidak dapat diterima.
2. Menerima eksepsi Tergugat untuk seluruhnya.
3. Menghukum Penggugat untuk membayar biaya perkara.

DALAM KONVENSI

1. Menolak gugatan Penggugat untuk seluruhnya atau setidaknya menyatakan gugatan Penggugat tidak dapat diterima.
2. Menolak sita jaminan yang diajukan Penggugat.
3. Menghukum Penggugat untuk membayar biaya perkara.

DALAM REKONVENS

1. Mengabulkan gugatan para Penggugat d.r. untuk keseluruhannya.
2. Menyatakan Tergugat d.r. telah melakukan perbuatan melawan hukum.
3. Menyatakan bahwa atas perbuatan melawan hukum yang telah dilakukan oleh Tergugat d.r. telah menimbulkan kerugian para Penggugat d.r., baik materiil maupun imateriil yang keseluruhannya sebesar Rp1.000.250.000,00 (satu miliar dua ratus lima puluh ribu rupiah).
4. Menghukum Tergugat d.r. untuk membayar ganti rugi kepada para Penggugat d.r. secara tunai dan seketika yang meliputi kerugian materiil dan imateriil yang keseluruhannya sebesar Rp1.000.250.000,00 (satu miliar dua ratus lima puluh ribu rupiah).
5. Menghukum Tergugat d.r. untuk meminta maaf secara tertulis melalui 3 media massa lokal dan 1 media massa nasional, atas tuduhan bahwa Penggugat d.r. dan keluarganya telah melakukan teror terhadap Tergugat d.r. dan keluarganya melalui telepon gelap sebagaimana dimuat dalam Harian *Wawasan*, Edisi Sabtu, 12 Mei 2001, halaman 3.
6. Menyatakan sah dan berharga sita jaminan atas barang-barang bergerak dan tidak bergerak milik Tergugat d.r.
7. Menghukum Tergugat d.r. untuk membayar biaya perkara.

ATAU

Apabila Majelis Hakim berpendapat lain, mohon dijatuhkan keputusan lain yang seadil-adilnya:

Menimbang, bahwa selanjutnya terjadilah jawab-menjawab antara para pihak, yakni Penggugat dengan repiiknya tertanggal 23-5-2001 dan Tergugat dengan dupliknya tertanggal 30-5-2001;

Menimbang, bahwa untuk menguatkan dalil gugatannya, Penggugat telah mengajukan bukti-bukti surat yang telah dimeteraikan secukupnya dan dicocokkan dengan aslinya dan sesuai berupa:

1. *Photocopy* Kartu Kunjungan atas nama Ny. Ferial (bukti P.1);
2. *Photocopy* Resume Pasien atas nama Ny. Ferial No. Reg. 206346 tanggal 14 Desember 2000 dari Rumah Sakit Telogorejo Semarang (bukti P.2);

3. *Photocopy* Resume atas nama Bayi Ferial No. Reg. 2066349 tanggal 20 November 2000 dari Rumah Sakit Telogorejo Semarang (bukti P.3);
4. *Photocopy* Surat Keterangan Kelahiran tanggal 21 Oktober 2000 dari Rumah Sakit Telogorejo Semarang (bukti P.4);
5. *Photocopy* Surat Bukti Penyerahan Jenazah tanggal 25 Oktober 2000 dari Rumah Sakit Telogorejo Semarang (bukti P.5);
6. *Photocopy* Uraian Biaya Singkat Perawatan Pasien bernama FERAL NY. tanggal 31 Oktober 2000 dari Rumah Sakit Telogorejo Semarang (bukti P.6);
7. *Photocopy* Uraian Biaya Singkat Perawatan Pasien bernama FERAL NY. tanggal 26 Oktober 2000 dari Rumah Sakit Telogorejo Semarang (bukti P.7);
8. *Photocopy* Pernyataan Persetujuan Operasi tak bertanggal yang dikeluarkan oleh Rumah Sakit Ibu dan Anak Bahagia (bukti P.8);
9. *Photocopy* Perjanjian Perdamaian tanggal 18 Desember 2000 (bukti P.9);
10. *Photocopy* Hukum dan Etika dalam Praktek Dokter karangan D. VERONIKA KOMALAWATI, S.H., M.H., Penerbit Sinar Harapan, Jakarta, 1989, halaman 18 s.d. 27 dan halaman 120 s.d. 127 (bukti P.10);
11. *Photocopy* Hukum Kedokteran (Studi tentang Hubungan Hukum dalam Mana Dokter sebagai Salah Satu Pihak) Karangan Prof. Hermien Hadiati Koeswadji, S.H., Penerbit PT Citra Aditya Bakti, Bandung, 1998, halaman 152 s.d. 155 (bukti P.11);
12. *Photocopy* Ilmu Kebidanan, karangan Prof. dr. Hanifa Wiknyosastro DS.OG, Editor Prof. dr. Abdul Bari Saifuddin, DS.OG, dr. Trijatna Rochimhadho, DS.OG, Penerbit Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta, 1999, Edisi III, Cetakan Kelima, halaman 100 s.d. 788 (bukti P.12);

Dan telah mengajukan saksi-saksi yang mana setelah disumpah menurut agamanya masing-masing telah memberikan keterangan pada pokoknya sebagai berikut:

Saksi 1 Penggugat: dr. FAJAR SISWANTO

- bahwa saksi yang menandatangani bukti P.2, yaitu resume pasien Ny. Ferial;

- bahwa saksi adalah dokter pada RS Telogorejo Semarang;
- bahwa saksi yang mengoperasi Penggugat; atas dasar surat rujukan dari Tergugat I;
- bahwa operasi dilakukan selama \pm 1 jam;
- bahwa saat dilakukan operasi ada kesan hidramnion oleh karena banyaknya cairan, tapi saksi tidak mengukur berapa banyaknya cairan tersebut;
- bahwa pasien sebelum dioperasi mengalami ketuban pecah;
- bahwa hasil operasi bayi lahir masih hidup merintih;
- bahwa operasi dilakukan sesuai prosedur, dilakukan dengan melihat catatan medik pasien yang dibuat oleh Tergugat dan tindakan segera ditangani operasi;
- bahwa setelah dilakukan operasi dan lahir bayi kemudian diserahkan kepada bagian anak;
- bahwa setiap wanita melahirkan mengeluarkan air ketuban;
- bahwa air ketuban yang dikeluarkan sangat banyak atau berlebihan, hal ini disebut dengan hidramnion;

Saksi 2 Penggugat: FARIDA AMBARWATI

- bahwa saksi adalah perawat pada RS Telogorejo;
- bahwa saksi ikut membantu operasi terhadap Ny. Ferial yang dilakukan oleh dr. Fajar;
- bahwa waktu dioperasi, air ketuban lebih banyak dari yang normal;
- bahwa saksi tidak melakukan pengukuran terhadap jumlah air ketuban yang keluar karena konsentrasi pada operasi, hanya melihat sepintas;
- bahwa saksi mendapat perintah operasi dari ruang PP lewat telepon;
- bahwa saksi melihat ada surat persetujuan operasi;

Saksi 3 Penggugat: TUTUT MINARNI

- bahwa saksi adalah perawat pada RS Telogorejo;
- bahwa saksi hanya membantu dr. Fajar dalam melakukan operasi caesar pada Ny. Ferial;
- bahwa air ketuban yang keluar adalah banyak;

- bahwa keterangan saksi sama dengan keterangan saksi Farida Ambarwati;

Menimbang, bahwa untuk menyangkal gugatan Penggugat, pihak Tergugat telah mengajukan bukti-bukti surat yang telah dimeteraikan secukupnya dan dicocokkan dengan aslinya yakni berupa:

1. *Photocopy* Surat Tanda Pengakuan Keahlian Obstetri dan Ginekologi tanggal 12 Juli 1974 Nomor: 186 DPK POGI 1973—1976 dari Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia Pusat (bukti T.1.2-1);
2. *Photocopy* Akta Pendirian Yayasan Amal Sholeh tanggal 8 Juli 1981 No. 30 dibuat J. Moeljani Notaris di Semarang (bukti T.1.2-2);
3. *Photocopy* Surat Persetujuan Tempat Praktik tanggal 4 September 1999 No. 564/Kandep/Izin/DS.S.123/IX/1999 dari Kakandep Kesehatan Kodya Semarang (bukti T.1.2-3);
4. *Photocopy* Surat Izin Praktik tanggal 5 Maret 1991 No. 337/Kandep/DS.S.2/X/1991 SID: DS-92-03/I-2946 tanggal 11 Maret 1987, dari Kakandep Kesehatan Kodya Semarang (bukti T.1.2-3);
5. *Photocopy* Akta Perubahan Anggaran Dasar Yayasan tanggal 28 Februari 1994 No. 32 dibuat Rockiyanto Notaris di Semarang (bukti T.1.2-5);
6. *Photocopy* Surat Izin Penyelenggaraan Rumah Sakit pada Yayasan Amal Sholeh, tanggal 14 April 1994 No. IM.00.01.3.2.2418 dari Kakanwil Depkes Jateng (bukti T.1.2.-6);
7. *Photocopy* Surat Izin Penyelenggaraan Rumah Sakit pada Yayasan Amal Sholeh, untuk RS Ibu dan Anak Bahagia, berlaku tahun 1996 s.d. 2001 dari Kakanwil Depkes Jateng (bukti T.1.2-7);
8. *Photocopy* Surat Izin Praktik Tenaga Medis atas nama dr. H. Hamidum Kosim, tanggal 4 September 1999 No. 563/Kandep/DS.S.123/IX/1999, SP.3467/DS/1992 tanggal 20 Januari 1992 dari Kakandepkes Kodya Semarang (bukti T.1.2-8);
9. *Photocopy* Surat Rekam Medik Riwayat Pemeriksaan Kehamilan a.n. Ny. Ferial ACHMAD/istri dr. Achmad Saldy beserta keterangan/penjelasan dr. H. Hamidum Kosim Tahun 2000 (bukti T.1.2-9);
10. *Photocopy* Catatan Medik Rawat Inap RSIA Bahagia a.n. Ny. Ferial Achmad/istri dr. Achmad Saldy disertai keterangan/penjelasan dari dr.

- Hamidun Kosim, tanggal 20—21 Oktober 2000 dari dr. Hamidun Kosim (bukti T.1.2-10);
11. *Photocopy* Surat Persetujuan Operasi (yang akan dilaksanakan di RSIA Bahagia, tanggal 21 Oktober 2000 dari suami Penggugat/dr. Saldy (bukti T.1.2-11);
 12. *Photocopy* Surat Keterangan Fakultas Kedokteran Unissula tentang Status Akademis Achmad Saldy/Achmad Al Jaidi isi Achmad Saldy/Achmad Al Jaidi masih berstatus mahasiswa angkatan 1980 No. Mha. 01811064 hingga saat ini belum lulus sebagai dokter, registrasi terakhir sebagai mahasiswa pada tahun 2000/2001 (bukti T.1.2-12);
 13. *Photocopy* Laporan Bidan Jaga di RSIA Bahagia (beserta penjelasannya) tanggal 20—21 Oktober 2000 (bukti T.1.2-13);
 14. *Photocopy* Berita Harian Wawasan tanggal 12 Mei 2001 (bukti T.1.2-14);
 15. *Photocopy* Surat Pengangkatan dr. Hamidun Kosim sebagai Direktur RSIA Bahagia oleh Ketua Yayasan Amal Sholeh No. 02/Yas/11/2001 tanggal 20 Februari 2001 (bukti T.1.2-15);
 16. *Photocopy* Surat Persetujuan Tempat Praktik oleh Kakandep Kodya Semarang No. 563/Kandep/Izin/DS.S.123/IX/1999 tanggal 4 September 1999 (bukti T.1.2-16);
 17. *Photocopy* Rincian Biaya Perawatan a.n. Ny. Ferial Nomor 4281/Psa/X/2000 tanggal 21 Oktober 2000 (bukti T.1.2-17);
 18. *Photocopy* Buku Panduan Kelahiran dan Perawatan Ibu dan Anak oleh Kantor Wilayah Departemen Kesehatan Jawa Tengah Tahun 1997 (bukti T.1.2-18);
 19. *Photocopy* Surat Rujukan Pengiriman Pasien a.n. Ny. Ferial ke RS Telogorejo oleh dr. H. Hamidun Kosim, Sp.OG tanggal 21 Oktober 2000 (bukti T.1.2-19);
 20. *Photocopy* Catatan Medik Bayi Ny. Ferial di RS Telogorejo dari RS Telogorejo (dr. Tatty) Nomor: 206349 (bukti T.1.2-20);
 21. *Photocopy* Catatan Medik Ny. Ferial di RS Telogorejo oleh RS Telogorejo Nomor: 38571 2000 (bukti T.1.2-21);
 22. *Photocopy* Persetujuan Tindakan Medik Operatif dari Achmad Saldy (suami Ny. Ferial), Nomor 206349 (bukti T.1.2-22);

23. *Photocopy* Surat Perdamaian dan Pembayaran Kompensasi RS Telogorejo dengan Ny. Ferial dan Achmad Saldy Nomor 58571 2000, tanggal 18 Desember 2000 (bukti T.1.2-23);
24. *Photocopy* Buku Catatan Keperawatan dari RS Telogorejo (bukti T.1.2-24);
25. *Photocopy* Surat Perdamaian dan Pembayaran Kompensasi antara RS Telogorejo dengan Ny. Ferial dan Achmad Saldy Nomor 38571 2000, tanggal 18 Desember 2000 (bukti T.1.2-25);
26. *Photocopy* Surat Pernyataan dari Prof. Dr. dr. H. Faik Heyder Sp.BTV, tanggal 29 Juni 2000 (bukti T.1.2-26);
27. *Photocopy* Surat dari MKEK tertanggal 14-8-2001 (bukti T.1.2.-27);
28. *Photocopy* SIM A atas nama A. SALDY (bukti T.1.2-28);

Dan telah mengajukan beberapa orang saksi, yang mana setelah disumpah menurut agamanya masing-masing telah memberikan keterangan-keterangan pada pokoknya sebagai berikut:

— Saksi I Tergugat: NY. ROCHIMAH

- bahwa saksi adalah bidan pada RSIA Bahagia;
- bahwa pada saat saksi sedang piket jaga tanggal 20-10-2000 jam 11.00 datang Penggugat dengan diantar suaminya;
- bahwa saksi lalu mengadakan anamnese mengukur tensi dan melakukan palpasi, oleh karena Tergugat I tidak ada, saksi menelepon lewat *handphone*;
- bahwa Penggugat bilang bahwa ia akan melahirkan dan habis terpeleset;
- bahwa menurut saksi hasil pemeriksaan baik;
- bahwa atas perintah Tergugat I terhadap Penggugat dilakukan injeksi Teramicya, dilakukan pengawasan dan perawatan;
- bahwa menurut saksi Penggugat tidak ada gejala hidramnion;
- bahwa keadaan Penggugat tidak gawat sehingga saksi hanya melakukan pengawasan saja dan pada jam 14.00 saksi pulang;
- bahwa saksi tidak tahu apakah sebelum disuntik telah dilakukan *skin test* sebab yang menyuntik bukan saksi;

- bahwa saksi yang mengisi bukti T.1.2-10;
- bahwa setelah disuntik keadaan Penggugat baik-baik saja dan setelah keadaan jam 14.00 saksi tidak tahu karena sudah pulang;
- bahwa pendapat saksi bahwa Penggugat tidak ada hidramnion, menurut standar teori dan pengalaman saksi, setelah dipalpasi bagian perut normal/baik;

— Saksi II Tergugat: NURUL NURIAH

- bahwa saksi adalah bidan pada RS Dr. Kariadi Semarang dan juga pada RS Ibu dan Anak Bahagia;
- bahwa saksi juga piket bersama dengan saksi Rochimah;
- bahwa pada tanggal 20-10-2000, Penggugat datang bersama suaminya dan setelah ditanya lalu didaftar;
- bahwa saksi mendengar kalau Penggugat bilang habis kepeleset;
- bahwa saksi yang melakukan suntikan kepada Penggugat atas perintah Tergugat I, yaitu suntikan Terramicya 3 cc;
- bahwa setelah disuntik Penggugat baik-baik saja dan tidak ada reaksi apa-apa, setelah jam 14.00 bidan lain yang bertugas;
- bahwa saksi tidak melakukan pemeriksaan sebab sudah dilakukan oleh saksi Rochimah;
- bahwa suntikan dilakukan untuk mencegah infeksi;
- bahwa semua laporan-laporan yang menulis adalah saksi Rochimah;

— Saksi III Tergugat: SRI SARTINI

- bahwa saksi adalah bidan pada PT Kereta Api Indonesia dan merangkap di RS Ibu dan Anak Bahagia;
- bahwa saksi pada tanggal 20-10-2000 tugas siang di RS Ibu dan Anak Bahagia mulai jam 14.00 s.d. jam 21.00, dan menerima laporan dari bidan sebelumnya;
- bahwa saksi periksa Penggugat, keadaan baik ada denyut jantung dari bayi, ada keluar air rembes;
- bahwa Penggugat lalu diperiksa ke dr. Hardi (dokter pengawas) dan saksi ikut mendampinginya;

- bahwa Penggugat lalu diberi kapsul Compositrin untuk 2 jam sekali dan saksi memberikan pada jam 6 sore;
- bahwa menurut saksi yang menjadi bidan sejak Juli 1973 Penggugat tidak mengalami hidramnion;
- bahwa selama saksi perhatikan Penggugat tidak pernah mengalami keluhan-keluhan, lalu pada jam 21.00 diserahkan pada bidan jaga berikutnya;
- bahwa akibat Penggugat terpeleset tidak ada pengaruhnya terhadap janin Penggugat;
- bahwa saksi sering merawat ibu yang mengalami hidramnion;
- bahwa bayi yang lahir akibat hidromnion tidak selalu prematur;
- bahwa bila hidramnion, airnya banyak tertumpah sekitar 2 liter;

— Saksi IV Tergugat: SRI MULYANI

- bahwa saksi adalah bidan RS dr. Kariadi dan juga di RS Ibu dan Anak Bahagia;
- bahwa saksi piket jaga di RS Ibu dan Anak Bahagia pada tanggal 20-10-2000 pada jam 21.00 s.d. jam 07.00 dan merawat Penggugat;
- bahwa saksi membaca laporan-laporan yang dibuat oleh bidan jaga sebelumnya termasuk Penggugat;
- bahwa saksi memberikan kapsul Compositrin sesuai dalam laporan terdahulu sesuai program;
- bahwa keadaan Penggugat baik, demikian juga janinnya;
- bahwa pada jam 24.00 saksi memberikan kapsul dan keadaan Penggugat baik-baik;
- bahwa setelah lewat jam 24.00 Penggugat merintih kesakitan jam 02.00 saksi lapor pada Tergugat dan Tergugat datang di RS Ibu dan Anak Bahagia;
- bahwa Tergugat lalu melakukan pemeriksaan dan saksi mendampingi;
- bahwa hasil pemeriksaan kapsul tidak berhasil dan dianjurkan untuk operasi caesar;

- bahwa saksi lalu menyiapkan peralatan operasi, tenaga bidan dan anastesi;
- bahwa oleh karena tenaga anestesinya, yaitu dr. Heru tidak ada, saksi lapor pada Tergugat I;
- bahwa Tergugat I lalu memberi tahu kepada Penggugat dan suaminya secara lisan, dan mereka setuju untuk dioperasi dan suaminya menandatangani surat pernyataan;
- bahwa operasi tidak dilakukan di RS Ibu dan Anak Bahagia, tapi di RS Telogorejo;
- bahwa Tergugat I lalu membuat surat rujukan dan dimasukkan dalam amplop diserahkan dan selanjutnya dibawa suami Penggugat;
- bahwa Penggugat akan diantar ke RS Telogorejo, tetapi suami Penggugat menolak karena akan dibawa dengan mobil sendiri;
- bahwa Penggugat dibawa ke Rumah Sakit Telogorejo pada tanggal 21-10-2000 jam 04.00 pagi;
- bahwa saksi menelepon dr. Fajar kalau ada pasien dari RS Ibu dan Anak Bahagia untuk dioperasi;
- bahwa Tergugat I pun juga sudah menghubungi pula dr. Fajar;
- bahwa saksi dan Tergugat I tidak mengantar Penggugat ke RS Telogorejo dan Penggugat dari kamar sampai ke mobil berjalan sendiri;

— Saksi V Tergugat: ERI KUNDARI

- bahwa saksi adalah perawat di RS Telogorejo;
- bahwa ketika Penggugat datang pada tanggal 21-10-2000 sekitar jam 04.30 saksi tugas di ruang perawatan menderitanya dan saksi yang menerimanya;
- bahwa saksi tanyakan ada surat rujukannya, tapi kalau tidak ada surat rujukan, dialihkan ke UGD reli klinik;
- bahwa Penggugat lalu ditidurkan dan mengisi surat pilih kamar kemudian diukur tensinya, temperatur dan nadinya selanjutnya telepon bidan ruang persalinan, yakni bidan Slamet Suparni;

- bahwa bidan Slamet Suparni lalu datang dan diserahkan berkas-berkasnya yang berisikan surat rujukan, catatan medis, persetujuan operasi, dan pernyataan pilih kamar/kelasnya;
- bahwa setelah itu Penggugat dibawa ke kamar operasi dan tanpa saksiaksikan;
- bahwa yang membawa surat rujukan adalah suami Penggugat;
- Saksi VI Tergugat: Ny. SLAMET SUPARNI
 - bahwa saksi adalah bidan pada RS Telogorejo;
 - bahwa pada tanggal 21-10-2001, saksi tugas jaga di ruang bidan RS Telogorejo;
 - bahwa sekitar jam 04.25 saksi mendapat telepon cari saksi Eri Kundari dari ruang RPP;
 - bahwa saksi setelah tiba di tempat sudah ada Penggugat, kemudian saksi melakukan pemeriksaan hasilnya baik, tensi baik, denyut jantung baik, kondisi baik;
 - bahwa saksi melihat surat rujukan dalam amplop demikian juga berkas-berkasnya yang diterima dari saksi Eri Kundari;
 - bahwa operasinya bukan operasi sterilisasi;
 - bahwa Penggugat sudah tidak dapat jalan sebelumnya masih bisa jalan;
 - bahwa sebelum dioperasi dilakukan suntikan antibiotika dan dilakukan *skin test*, tapi tidak untuk semua antibiotika;
 - bahwa suntikan dilakukan oleh dr. Fajar dan yang melakukan operasi juga dr. Fajar;
 - bahwa hasil operasi bayi hidup dan begitu habis dioperasi kemudian diserahkan kepada dr. Tatty spesialis anak;
 - bahwa keadaan Penggugat selanjutnya saksi tidak tahu;
 - bahwa saksi tidak tahu berapa lama bayi tersebut hidup;
- Saksi VII Tergugat: RATNA HARTATI
 - bahwa saksi adalah Asisten Manajer Perawat pada RS Telogorejo;
 - bahwa saksi bertanggung jawab terhadap pasien yang dirawat di RS Telogorejo, dalam hal ini Penggugat;

- bahwa saksi menerima laporan tertulis dari perawat yang bertugas jam 21.00 s.d. jam 07.00 pagi yang berisi catatan medis dari pasien yang dirawat;
- bahwa saksi baca dari laporan berkas, tidak melihat surat rujukan;
- bahwa saksi tidak melihat operasi yang dilakukan oleh dr. Fajar;
- bahwa yang menjadi tugas utama dari saksi adalah untuk mengetahui adanya pasien yang baru dan tidak perlu melihat sendiri, cukup dari laporan saja;

— Saksi VIII Tergugat: Dr. TATTY ERMIN SETIATI

- bahwa saksi adalah dokter anak pada RS Telogorejo;
- bahwa saat operasi dilakukan, yakni pada tanggal 21-10-2000 saksi tidak melihat dan berada di ruang lain;
- bahwa pada saat saksi menerima bayi Ny. Ferial dari hasil operasi, bayi dilahirkan dalam keadaan serius, ada gangguan saluran pernapasan sehingga dilakukan upaya isap lendir dari saluran napasnya dan respons bayi tidak baik kesulitan napas sehingga bayi masuk ICU;
- bahwa selama perawatan bayi dilakukan perawatan radiologi, rontgen, juga *photo thorax*;
- bahwa hasilnya adalah ada kelainan/cacat bawaan hernia diafragmatika;
- bahwa tidak ada kaitannya antara hernia diafragmatika dengan hidramnion;
- bahwa bayi tidak dapat meninggal akibat hidramnion;
- bahwa penyebab kematian bayi oleh karena hernia diaphragmatika;
- bahwa ketika melihat bayi tersebut saksi tidak pernah memvonis bahwa bayi tersebut akan mati;
- bahwa saksi tidak mengetahui apakah Penggugat menderita hidramnion atau tidak;

Menimbang, bahwa di persidangan telah pula didengar keterangan saksi ahli dan setelah disumpah menurut agamanya telah memberikan keterangan-keterangan pada pokoknya adalah sebagai berikut:

- Saksi ahli: Prof. Dr. H. OENTOENG PRAPTO HARDJO, Sp. OG;
- bahwa pekerjaan saksi adalah Dosen Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang;
- bahwa yang dimaksud hidramnion adalah suatu keadaan seorang wanita hamil, air ketubannya lebih dari 2 liter, dan terjadinya pada hamil pertengahan 6 s.d. 8 bulan atau hamil tua 8.s.d. 10 bulan;
- bahwa penyebabnya bisa dari:
 1. ibu yang menderita diabetes dan sakit jantung;
 2. janin karena cacat bawaan, misal: cacat pada sumsum tulang belakang, kelainan otak;
- bahwa cara mengetahui adanya cacat pada janin, yakni pada hamil muda dengan Amnionsintesis, yaitu diperiksa air ketubannya; pada hamil tua dapat diberikan dengan USG atau dengan sinar röntgen;
- bahwa cara untuk mengetahui atau mendiagnosis adanya hidramnion dapat dengan beberapa cara, antara lain:
 1. Dengan anamnese, yakni menanyai ibu hamil, misal:
Apa ibu kandungannya cepat membesar?
Apa ibu mengalami sesak napas terus-menerus?
Dari anamnese ini, 75% sudah bisa mengarah kemungkinan adanya hidramnion;
 2. Periksa pandang, dilihat:
Si ibu cuping hidungnya megar mingkup/sesak napas;
Si ibu tidak dapat tidur telentang;
Dilihat perut membesar dan mengkilat;
 3. Dengan palpasi, yakni diraba, apakah perutnya tegang, batas rahim (tinggi fundus uteri) lebih tinggi dari kehamilan biasa;
Letak janin tak jelas, ada kesan air ketuban banyak;
 4. Auskultasi: periksa denyut jantung janin mudah didengar atau tidak;
 5. Percusi/periksa ketuk gerakan janin dapat diketahui;Dari semua itu, bidan saja dapat mendiagnosis adanya hidramnion, perawat tidak bisa, kalau dokter pasti bisa.

- bahwa pengaruh hidramnion terhadap ibu hamil dan janin, terhadap ibu jika berat hidramnionnya lebih dari 2 liter, bisa sesak napas, sebab dapat mengganggu jantung jika ada kelainan;
Terhadap janin tidak ada pengaruhnya;
- bahwa cara penanggulangan hidramnion, yakni:
 - a. Jika hidramnion sedang:
Karena tidak mengganggu ibu, tanpa pengobatan didiamkan saja;
 - b. Jika hidramnion berat:
Yang menyebabkan ibu sesak napas, dapat dilakukan dengan cara Amnionsintesis, yakni air ketubannya dikeluarkan dari perut dengan jarum suntik, diambil 1 liter cairan setiap minggu, agar si ibu tidak sesak napas;
- bahwa hidramnion tidak dapat menyebabkan kematian, tetapi adanya cacat pada janin dapat mengakibatkan hidramnion karena cacat/kelainan janin dapat meninggal. Jadi, bukan hidramnion penyebab kematian janin;
- bahwa obat yang dipakai untuk hidramnion, obat-obatan dipakai kalau ibu mengidap penyakit diabetes, sedangkan untuk janin cacat tidak ada obatnya;
- bahwa bayi dalam kandungan tidak menyedot air ketuban, semua bayi dalam kandungan minum air ketuban ± 8 cc per hari dan ini tidak membahayakan bayi tersebut;
- bahwa KPD adalah ketuban yang pecah sebelum proses persalinan, biasanya ketuban pecah jika sudah proses persalinan;
KPD tidak hanya ada pada hidramnion saja, pada hamil biasa dapat terjadi KPD, yakni waktu hubungan seks atau adanya radang pada mulut rahim;
- bahwa hidramnion ada yang akut dan ada yang kronis, yang kronis terjadinya pelan-pelan mulai dari hamil muda mengikuti masa/waktu kehamilan. Yang akut berlebihannya air ketuban menjelang hamil tua mendekati persalinan;
- bahwa ukuran tertinggi dari seorang dokter dalam menjalankan profesinya adalah jika sesuai dengan standar yang ada di MKEK dan yang berlaku di Indonesia;

- bahwa tolok ukurnya adalah tiap-tiap tindakan medis ada standar medisnya, dan dokter harus bertindak sesuai dengan standar itu, misalnya, untuk orang hamil di Indonesia harus dilakukan 3T, yaitu ukur tensi; tentukan tinggi fundus uterinya ini untuk mengetahui perkembangan janinnya, kembar apa tidak, ada hidramnion atau tidak, dan sebagainya; dan diberikan suntikan TT (prophylaxis terhadap tetanus) pada bayinya besok kalau sudah lahir. Suntikan TT ini tidak mempengaruhi kehamilan maupun persalinan;
 - bahwa pemeriksaan laborat/USG terhadap hidramnion dilakukan jika ada indikasi, jika tidak ada tidak perlu, pemeriksaan penunjang itu agar tidak menambah beban pasien; Misalnya, sudah jelas tidak ada tanda-tanda hidramnion, ya tidak perlu diperiksa USG; Pemeriksaan USG tidak selalu dapat menentukan adanya hidramnion, misalnya, kalau berlebihan air ketuban itu sangat sedikit, akan sulit dibedakan dengan keadaan yang sebetulnya masih normal; Demikian juga, pemeriksaan USG tidak selalu dapat mendeteksi adanya kelainan/cacat janin. Pemeriksaan USG atau laboratorium jika ada indikasi atau pertimbangan yang rasional tidak secara rutin atau asal-asalan saja.
 - bahwa jika pasien hamil dengan sesak napas, kenaikan berat badan berlebihan, bengkak kaki dan tangan bukan merupakan indikasi hidramnion, lebih baik mengarah kewaspadaan terhadap keracunan hamil (Pre-eklamsi/toxemia) oleh karena hal tersebut merupakan hantu di bidang kebidanan;
 - bahwa untuk menangani KPD, kalau kehamilan itu masih muda masih prematur, masih disangsikan kemampuan hidup di luar kandungan (lahir), maka tindakannya adalah konservatif, yaitu istirahat/tiduran untuk memberi kesempatan kehamilan menjadi lebih tua dan dijaga atau dilindungi terhadap kemungkinan infeksi;
- Kalau kehamilannya cukup tua dengan perkiraan bayi nanti cukup mampu hidup di dunia luar, maka penanganannya lebih aktif;
- ditunggu dengan pengawasan keadaan ibu dan janinnya, diharapkan biasanya akan diikuti proses persalinan, yaitu timbul kontraksi rahim (hia);
 - jika dalam waktu 6 sampai 8 jam tidak timbul tanda-tanda persalinan, maka dilakukan persalinan anjuran (induksi persalinan);

- kalau masih juga tidak berhasil timbul proses persalinan (induksi persalinan gagal), maka harus dilakukan operasi caesar, tenggang waktunya 18 jam sampai dengan 24 jam;
- bahwa diagnosis terhadap bayi Ny. Ferial adalah: hernia diafragmatika perbandingan 1 : 2.000 di sini prognosa jelek 90% sampai dengan 98% mati;
- bahwa melimpahkan pasien kepada dokter lain boleh dan digantikan oleh dokter yang dipandang cukup cakap/kompeten untuk disertai pasien itu dengan harus memberikan informasi secukupnya mengenai pasiennya;
- bahwa dokter adalah manusia biasa, bisa sakit bisa kelelahan, bukan superman;
- bahwa di dalam kode etik juga disebutkan bahwa dokter harus memperhatikan pasiennya, tetapi juga harus memperhatikan kesehatannya supaya dapat bekerja dengan baik demi keselamatan pasiennya;
- bahwa kalau dokter memaksakan dirinya mengoperasi kemudian ternyata tidak bisa konsentrasi atau mengalami *shock*, akan membahayakan pasiennya;
- bahwa janin yang menderita hernia diafragmatika dapat dilakukan USG, tapi ini tergantung alatnya, canggih atau tidak, baru dapat dilihat;

Menimbang, bahwa selanjutnya untuk mempersingkat segala uraian putusan ini dipersilakan untuk membaca berita acara persidangan yang dibuat oleh panitera pengganti, yang dianggap telah tercakup dalam isi putusan ini;

Menimbang, bahwa oleh karena para pihak tidak akan mengajukan apa-apa lagi di persidangan, setelah mereka menyerahkan kesimpulannya masing-masing, selanjutnya mereka memohonkan putusan;

TENTANG PERTIIMBANGAN HUKUMNYA

Dalam Konvensi:

Dalam Eksepsi:

Menimbang, bahwa Tergugat telah mengajukan eksepsinya yang pada pokoknya sebagai berikut:

1. Bahwa gugatan Penggugat adalah kabur (*obscuur libel*) karena gugatan tidak lengkap, yaitu tidak melibatkan semua subjek hukum sengketa ini, antara lain, tidak melibatkan dokter yang melakukan operasi caesar, RS Telogorejo di mana operasi dilakukan dan dokter yang merawat dan menangani bayi sehingga meninggal;
2. Bahwa gugatan Penggugat adalah merupakan satu rentetan/rangkaian proses yang meliputi kehamilan, kelahiran, dan perawatan anak, yang tidak dapat dipisahkan;
3. Bahwa dengan telah adanya kesepakatan damai antara Penggugat dengan RS Telogorejo, maka dengan adanya akta perdamaian tersebut semua proses dalam kasus ini telah berakhir;

Dengan alasan-alasan ini maka gugatan Penggugat adalah cacat hukum, oleh karena itu harus ditolak;

Menimbang, bahwa atas eksepsi dari Tergugat-Tergugat, Penggugat telah menanggapi pada pokoknya sebagai berikut:

1. Bahwa gugatan diajukan atas dasar perbuatan melawan hukum dari Tergugat-Tergugat, yakni dalam rangka perawatan, pemeriksaan, dan persalinan Penggugat, Tergugat I telah mengabaikan hal-hal yang oleh dokter dianggap sebagai standar profesi medis;
2. Bahwa gugatan diajukan dalam Tergugat menanggapi pemeriksaan dan seterusnya, tidak sesuai dengan standar profesi medis, maka pihak lain tidak perlu digugat lagi;
3. Bahwa dalil yang diajukan oleh tergugat dalam eksepsi telah memasuki pokok perkara;

Dengan alasan-alasan tersebut, maka eksepsi Tergugat untuk ditolak karena didasarkan pada pendapat dan alasan hukum yang keliru;

Menimbang, bahwa dengan jawab-menjawab tersebut di atas, Majelis akan mempertimbangkan sebagai berikut:

- bahwa Majelis dengan menelaah duplik Tergugat yang menyatakan bahwa kematian bayi Penggugat disebabkan karena Tergugat tidak melakukan perawatan sesuai standar profesi medis dalam mengatasi KPD dengan hidramnion. Pada hal KPD dengan atau tanpa hidramnion tidak akan menyebabkan kematian bayi, lagi pula pada Penggugat memang

tidak ada hidramnion, dan selama Tergugat menangani kehamilan dan sebagian proses persalinan Penggugat, para Tergugat telah melakukan pemeriksaan dan tindakan medis secara saksama sesuai standar profesi medis, bahkan kematian bayi tersebut terjadi setelah 4 hari persalinan di RS Telogorejo;

- bahwa untuk mengetahui apakah ada atau tidaknya hidramnion di tubuh Penggugat dan apakah sudah ada perawatan yang sesuai dengan standar medis terhadap Penggugat atau tidak, dan bagaimana proses persalinannya serta bagaimana nasib si bayi untuk selanjutnya, hal ini perlu dibuktikan lebih lanjut dalam pemeriksaan alat-alat bukti yang sah menurut undang-undang di persidangan;
- bahwa untuk membuktikan hal-hal tersebut, bukan dalam forum eksepsi, tapi sudah memasuki pokok perkaranya;
- bahwa eksepsi yang diajukan oleh Tergugat bukan merupakan eksepsi yang menyangkut kewenangan mengadili, maka putusan eksepsinya ini akan dijatuhkan bersama dengan pokok perkara;
- bahwa apakah gugatan Penggugat itu merupakan gugatan yang kabur (*obscuur libel*), hal ini perlu dibuktikan lebih lanjut dalam pemeriksaan;

Menimbang, bahwa dengan alasan-alasan tersebut di atas setelah dihubungkan dan dirangkaikan satu dengan lainnya, ternyatalah bahwa eksepsi yang diajukan oleh Tergugat-Tergugat telah memasuki pokok perkara yang harus dibuktikan lebih lanjut dengan alat-alat bukti yang sah, oleh karena itu eksepsi itu harus dinyatakan ditolak;

Dalam Pokok Perkara:

Menimbang, bahwa maksud dan isi gugatan Penggugat adalah sebagaimana tersebut di atas;

Menimbang, bahwa yang menjadi posita gugatan Penggugat adalah bahwa Tergugat-Tergugat telah melakukan perbuatan melawan hukum dengan melakukan perbuatan yang tidak sesuai dengan standar profesi medis sewaktu Penggugat hamil dan persalinan sehingga Penggugat mengalami kerugian, yakni hilangnya harapan dan kesempatan Penggugat untuk memperoleh atau mempunyai anak dalam keadaan selamat dan telah mengeluarkan biaya pengobatan untuk terapi sebelum hamil, perawatan kehamilan, persalinan, dan pemakaman, serta selamatan;

Menimbang bahwa atas gugatan Penggugat tersebut di atas, Tergugat-Tergugat telah menyangkalinya;

Menimbang, bahwa oleh karena Tergugat-Tergugat telah menyangkali gugatannya, maka untuk membuktikan dalil-dalilnya itu menjadi kewajiban dari Penggugat;

Menimbang, bahwa untuk menguatkan dalil-dalilnya Penggugat telah mengajukan bukti-bukti surat ditandai dengan P.1 s.d. P.12 dan telah mengajukan 3 orang saksi;

Menimbang, bahwa untuk menyangkali gugatan Penggugat, Tergugat-Tergugat telah mengajukan bukti-bukti surat ditandai T.1.2-1 s.d. T.1.2-28 dan 8 orang saksi;

Menimbang, bahwa telah didengar pula keterangan seorang saksi ahli di persidangan;

Menimbang, bahwa sebelum Majelis akan membuktikan alat-alat bukti, baik keterangan-keterangan saksi maupun bukti-bukti surat ataupun petunjuk yang diajukan oleh para pihak;

Untuk menguatkan masing-masing dalilnya Majelis terlebih dahulu akan mengkaji lebih dulu surat gugatan yang diajukan oleh Penggugat dengan kuasa asalnya, SOETRISNO, S.H. & REKAN yang kemudian diambil oper oleh kuasa yang baru;

Menimbang, bahwa pihak kuasa Penggugat dengan tegas-tegas di persidangan dan mohon dicatat di dalam Berita Acara Persidangan bahwa gugatan yang diajukannya adalah gugatan atas perbuatan yang dilakukan oleh Tergugat pra-persalinan di mana kurang hati-hatinya Tergugat I dalam melakukan pelayanan medis selama masa kehamilan Penggugat, dan Penggugat tidak mempermasalahakan tentang matinya bayi yang dilahirkan melalui operasi caesar dan perawatannya (lihat kesimpulan Penggugat halaman 318);

Menimbang, bahwa sesuatu gugatan diajukan oleh seseorang yang merasa dirugikan atas segala tindakan dan akibat yang melawan hukum oleh seseorang, jadi ada sebab dan akibat;

Menimbang, bahwa dalam gugatan Penggugat ini telah terjadi suatu akibat yakni meninggalnya bayi Penggugat yang diakibatkan oleh beberapa sebab dimana Penggugat dalam gugatannya, perbuatan Tergugat I merupakan salah satu sebab dari akibat tersebut (lihat surat gugatan halaman 323 poin 21);

Menimbang, bahwa berdasarkan keterangan saksi Tergugat dr. Tatty Ermin Setiati, bahwa bayi yang dilahirkan dari operasi, telah meninggal dunia setelah 4 hari diadakan perawatan, hal ini tampak dengan bukti surat Tergugat (bukti T.1.2-20);

Menimbang, bahwa dengan keterangan tersebut ternyata bahwa telah ada akibat dari perbuatan yang dilakukan, tetapi perlu dibuktikan lebih lanjut apakah disebabkan oleh Tergugat I atau oleh sebab-sebab lainnya, hal ini akan dibuktikan lebih lanjut;

Menimbang, bahwa dengan menggugat secara sepenggal-sepenggal sebab-sebab tersebut seperti yang didalilkan oleh Penggugat, maka gugatan tersebut tidak akan menuntaskan masalah;

Menimbang, bahwa Penggugat dalam gugatannya dengan dalih yang diajukan di persidangan tidak sinkron sebab Penggugat dalam gugatannya (halaman 323 poin 21) perbuatan Tergugat telah mengakibatkan harapan dan kesempatan Penggugat untuk memperoleh dan mempunyai anak dalam keadaan selamat tidak dapat terwujud atau tidak terpenuhi, sedang "sebab" lainnya Penggugat tidak utarakan;

Menimbang, bahwa demikian juga Penggugat tidak konsekuen dengan dalihnya di mana dalam petitumnya Penggugat telah mohon ganti rugi karena Penggugat telah mengeluarkan, antara lain, biaya pemakaman dan selamatan (halaman 323 poin 22) di mana dengan adanya pemakaman dan selamatan telah terjadi kematian;

Menimbang, bahwa dengan demikian gugatan Penggugat telah terjadi kerancuan dan kekaburan sebab telah memotong tali satu kesatuan perbuatan yang dapat menimbulkan satu akibat, dalam hal ini kematian sang bayi;

Menimbang, bahwa untuk mempertegas hal ini perlu diperhatikan bukti P.9 dan T.1.2-25 tentang perdamaian antara RS Telogorejo dengan Penggugat pada tanggal 18-12-2000 di mana pada saat RS Telogorejo melayani perawatan kesehatan bayi Penggugat (bukan Penggugat seperti yang didalilkan oleh kuasa Penggugat), antara Penggugat dengan RS Telogorejo tersebut telah terjadi perbedaan pendapat mengenai pelayanan kesehatan tersebut sehingga menimbulkan kesalahpahaman (lihat bukti tersebut hal 318);

Menimbang, bahwa kesalahpahaman antara mereka timbul karena bayi tersebut telah meninggal dan perdamaian yang dilakukan bukan sekadar tali asih saja sebab harus dimungkinkan adanya perbedaan pendapat yang nantinya

akan disahkan dengan memilih domisili pada Kepaniteraan Pengadilan Negeri Semarang sebab bila hal ini merupakan tali asih, tidak perlu ada *clausul* yang demikian;

Menimbang, bahwa selanjutnya Majelis akan membuktikan tentang dalil-dalil yang diajukan oleh Tergugat, antara lain:

1. Apakah Penggugat menderita hidramnion;
2. Apakah Tergugat I telah melakukan pengawasan kehamilan dengan cara yang menyalahi standar medis, antara lain, tidak melakukan tes darah, kencing, dan USG;
3. Apakah Tergugat I telah keliru melakukan tindakan medis dalam menangani KPD pada Penggugat;
4. Apakah Tergugat I telah menelantarkan Penggugat yang tanpa surat rujukan;
5. Apakah merupakan kesalahan Tergugat I yang tidak melakukan operasi sendiri;
6. Apakah yang menyebabkan kematian bayi Penggugat;

I. Menimbang, bahwa berdasarkan keterangan saksi-saksi Tergugat, yakni Rochimah, Sri Sartini, Endang Sri Mulyani yang melayani Penggugat di RS Ibu dan Anak Bahagia dan saksi Slamet Suparni yang melayani di RS Telogorejo pada diri Penggugat tidak didapati kasus hidramnion;

- Bahwa hidramnion, sesuai dengan keterangan saksi ahli Prof. Dr. Oentoeng Prpto Hardjo, Sp. OG bahwa dari anamnesa dan pemeriksaan fisik saja, gampang diketahui, tidak perlu oleh dokter yang berpengalaman;
- Bahwa meskipun dr. Fajar yang melakukan operasi cesar menuliskan kesan bahwa ada hidramnion, hal ini dilihat karena air ketuban yang banyak;
- Bahwa berdasarkan keterangan saksi ahli bahwa hidramnion tidak menyebabkan kematian janin;

Menimbang, bahwa berdasarkan uraian-uraian tersebut di atas, maka dapat disimpulkan bahwa Penggugat sewaktu dilakukan perawatan di RS Ibu & Anak Bahagia tidak menderita hidramnion di mana pada waktu datang di RS Ibu dan Anak Bahagia, Penggugat berdalih habis jatuh terpelaset;

II. Menimbang, bahwa berdasarkan keterangan saksi-saksi Tergugat, yaitu para perawat dan bidan pada RS Ibu dan Anak Bahagia, setelah Penggugat datang dan dicatat/didaftar atas petunjuk Tergugat I telah dilakukan tindakan medis, antara lain, pemantauan kehamilan, pemantauan adanya bengkak pada kaki/tangan, pemantauan pertumbuhan janin; pemantauan detak jantung janin, pemberian tablet/kapsul Compositrin untuk setiap 2 jam, pemberian suntikan teramycin, dan apa yang telah dilakukan oleh Tergugat I adalah sesuai dengan ketentuan medis menurut keterangan saksi ahli;

Menimbang, bahwa dengan demikian Tergugat I telah melakukan tindakan yang sesuai dengan ketentuan medis;

III. Menimbang, bahwa sesuai dengan standar medis yang bersumber pada berbagai kepustakaan ilmiah kedokteran, pengelolaan standar terhadap KPD adalah:

1. Menunggu munculnya kontraksi rahim yang teratur; tanda mulainya proses persalinan;
2. Mencegah infeksi dengan memberikan antibiotik;
3. Membatasi pemeriksaan dalam (*vaginal toucher*);
4. Melakukan persalinan anjuran bila dalam 24 jam belum terjadi tanda-tanda persalinan;

— Bahwa, dalam hal ini Tergugat I melalui saksi-saksi dari Tergugat yang merupakan bidan perawat di RS Ibu dan Anak Bahagia, sesuai dengan keterangan dari saksi-saksi tersebut telah melakukan tindakan-tindakan yang sesuai dengan perintah Tergugat I;

— Bahwa tindakan selanjutnya, karena operasi yang akan dilakukan oleh Tergugat I tidak dapat dilaksanakan dikarenakan dokter anestesinya tidak ada, maka dianjurkan untuk ke RS Telogorejo dan disetujui oleh Penggugat dan suaminya;

— Bahwa para saksi Tergugat I menyangkal telah menelantarkan Penggugat dengan tidak mendampingi waktu mau berangkat ke RS Telogorejo karena Penggugat berdalih dapat berjalan sendiri sehingga tidak perlu bantuan RS Ibu dan Anak Bahagia;

Menimbang, bahwa dengan demikian dalih Penggugat dalam gugatannya tersebut tidaklah benar;

IV. Menimbang, bahwa dalam usulan untuk melakukan operasi di RS Telogorejo, sesuai dengan keterangan saksi-saksi bidan/perawat RS Ibu dan Anak Bahagia (Tergugat II) dan saksi perawat/petugas di RS Telogorejo bahwa Penggugat datang ke RS Telogorejo dengan membawa surat rujukan yang dibuat oleh Tergugat I dan dimasukkan dalam amplop dan disertakan dengan berkas-berkas lainnya;

- Bahwa demikian pula sebelum operasi dilakukan Tergugat I telah menghubunginya sendiri via telepon pada dokter Fajar untuk melakukan operasi;

Menimbang, bahwa dengan alasan-alasan ini Penggugat tidak ditelantarkan oleh Tergugat I;

V. Menimbang, bahwa sesuai dengan keterangan saksi ahli, dokter yang merasa kelelahan dapat melimpahkan pekerjaannya pada dokter lain yang dianggap cakap. Hal ini tidaklah bertentangan dengan Kode Etik Kedokteran;

- Bahwa oleh karena Tergugat I telah melakukan beberapa kali operasi besar dan merasa lelah, maka dengan persetujuan Penggugat telah ditunjukkan dokter lain yang akan mengoperasi;

VI. Menimbang, bahwa berdasarkan bukti Tergugat dan keterangan saksi Penggugat, yaitu dr. Fajar yang mengoperasi Penggugat, penyebab kematian bayi tersebut adalah dikarenakan hernia diafragmatika, dan menurut saksi ahli bahwa janin mempunyai cacat bawaan yang berat;

- Bahwa sesuai keterangan saksi ahli bahwa hernia diafragmatika tidak ada kaitannya dengan hidramnion;
- Bahwa cacat bawaan tersebut tidak selalu dapat diketahui sewaktu janin masih dalam kandungan;

Menimbang, bahwa dengan demikian kematian bayi Penggugat bukan karena hernia diafragmatika;

Menimbang, bahwa dengan segala uraian-uraian tersebut di atas setelah dihubungkan satu dengan yang lainnya ternyata bahwa perbuatan yang dilakukan oleh Tergugat I telah sesuai dengan apa yang tertera dalam standar medis pemeriksaannya;

Menimbang, bahwa dengan demikian penyebab dari segala akibat yang diderita oleh Penggugat sehingga tidak dapat mempunyai keturunan yang hidup,

bukan disebabkan oleh Tergugat I saja, di dalam gugatan poin 21 disebut sebagai salah satu penyebab sampai ada penyebab lainnya yang tidak dituntut oleh Penggugat;

Menimbang, bahwa oleh karena itu gugatan Penggugat adalah kabur adanya karena tidak menuntaskan masalah, maka gugatan Penggugat tersebut haruslah dinyatakan tidak dapat diterima;

Menimbang, bahwa oleh karena gugatannya dinyatakan tidak dapat diterima, maka ongkos perkara harus dibebankan kepada Penggugat;

Dalam Rekonvensi

Menimbang, bahwa tentang maksud dan isi gugatan Penggugat adalah sebagaimana tersebut di atas;

Menimbang, bahwa yang menjadi gugatan Penggugat adalah bahwa Penggugat telah merasa dirugikan oleh Tergugat dengan belum dibayarnya biaya pengobatan, perawatan Tergugat selama di RS milik Penggugat dan Tergugat telah mencemarkan nama baik Penggugat sehingga Penggugat sangat dirugikan oleh Tergugat;

Menimbang, bahwa Tergugat telah menyangkalinya;

Menimbang, bahwa untuk membuktikan dalil-dalilnya Penggugat telah mengajukan bukti-bukti sebagaimana dalam gugatan konvensi, demikian pula dengan bukti-bukti Tergugat;

Menimbang, bahwa oleh karena sesuai dengan pembuktian yang dilakukan oleh Majelis dalam gugatan konvensi di atas, ternyata bahwa gugatan Penggugat belum sempurna sehingga belum dapat dinyatakan apakah Tergugat telah melakukan perbuatan melawan hukum sehingga nama baik Penggugat telah tercemar, maka gugatan Penggugat untuk membayarkan ganti rugi atas perbuatan yang dilakukan Tergugat juga belum dapat diputus, oleh karenanya gugatan Penggugat Rekonvensi ini akan dinyatakan tidak dapat diterima;

Menimbang, bahwa demikian juga dengan apakah Tergugat Rekonvensi belum membayar atau sudah, atas segala biaya-biaya perawatan pengobatan dokter dan lain-lainnya sebagaimana dalam gugatan Penggugat Rekonvensi, hal ini harus dibuktikan lebih lanjut setelah gugatan Penggugat Konvensi yang dinyatakan tidak dapat diterima tersebut telah sempurna;

Menimbang, bahwa dengan alasan-alasan tersebut di atas, maka gugatan Penggugat Rekonvensi haruslah dinyatakan tidak dapat diterima;

Menimbang, bahwa ongkos perkara akan dibebankan kepada pihak yang dikalahkan Penggugat;

Memperhatikan, akan segala pasal-pasal daripada undang-undang yang bersangkutan;

MENGADILI:

DALAM KONVENSI:

DALAM EKSEPSI:

Menolak eksepsi yang diajukan oleh Tergugat I dan Tergugat II;

DALAM POKOK PERKARA:

Menyatakan bahwa gugatan Penggugat Konvensi tidak dapat diterima;

DALAM REKONVENSI:

Menyatakan bahwa gugatan Penggugat Rekonvensi tidak dapat diterima;

DALAM KONVENSI DAN REKONVENSI:

Menghukum Penggugat Konvensi/Tergugat Rekonvensi untuk membayar segala biaya perkara yang hingga kini ditaksir sebesar Rp479.000,00 (empat ratus tujuh puluh sembilan ribu rupiah);

Demikianlah diputuskan di Semarang pada hari ini: KAMIS, Tanggal 27 SEPTEMBER 2001 oleh kami: Majelis Hakim Pengadilan Negeri Semarang dengan susunan sebagai berikut: HARYONO, S.H.; Hakim Ketua, Ny. R.R. SOEHARSINI, S.H.; dan RAHARDJO MULYONO, S.H.; Hakim-Hakim Anggota; putusan mana pada hari itu juga diucapkan di muka sidang yang terbuka untuk umum oleh Hakim Ketua dengan dibantu oleh Hakim-Hakim Anggota tersebut, Panitera Pengganti TRI WARDONO, S.H. dengan dihadiri pula oleh Kuasa Penggugat dan Kuasa Tergugat I dan Tergugat II.

Hakim-Hakim Anggota:

ttd.

1. (Ny. RR. SOEHARSINI, S.H.)

ttd.

2. (RAHARDJO Mulyono, S.H.)

Hakim Ketua:

ttd.

(HARYONO, S.H.)

Panitera Pengganti:

ttd.

(TRI WARDONO, S.H.)

Perincian Biaya:

Meterai.....	Rp 6.000,00
Redaksi.....	Rp 3.000,00
Panggilan-panggilan.....	Rp415.000,00
Administrasi.....	Rp 55.000,00
Jumlah =	Rp479.000,00 ⁺

Keterangan:

1. Diterangkan di sini putusan tersebut di atas No. 74/Pdt/G/2001/PN Smg telah mempunyai kekuatan hukum yang tetap sejak tanggal 12 Oktober 2001 karena para pihak tidak menggunakan haknya untuk banding.

PANITERA/SEKRETARIS

ttd.

AGUS KARYANTO, S.H.

NIP 040015028

2. Diterangkan di sini turunan resmi putusan yang ke-2 (dua) diberikan kepada dan atas permohonan pihak Tergugat, pada hari: KAMIS, Tanggal 15 November 2001.

PANITERA/SEKRETARIS

ttt.

AGUS KARYANTO, S.H.

NIP 040015028

Biaya Turunan:

Meterai.....Rp 6.000,00

Leges.....Rp18.000,00

Jumlah = Rp24.000,00 +

Meterai.....Rp 6.000,00

Leges.....Rp 18.000,00
Jumlah = Rp24.000,00

Info Buku Lengkap
PT Citra Aditya Bakti
E-mail : cab@citraaditya.com
Website : www.citraaditya.com

ISBN 978-979-414-965-2



Transaksi Terapeutik
dalam Usaha Pelayanan Medis
di Rumah Sakit

PENERBIT PT CITRA ADITYA BAKTI
Jl. Geusanulun No. 17 Bandung - 40115
Telp.: (022) 4238251 - 4201587
Fax.: (022) 4238635