

PS4

67

Surabaya



Laporan Penelitian

Perlindungan Hukum Atas Hak Pasien di Rumah Sakit : Suatu Pendekatan Sosiolegal

Nama Tim :

Turniani Laksmiarti
Pramita Andarwati
Arief Priyo Nugroho
Faizal Kurniawan
Irfan Ardani
Sujayadi



KEMENTERIAN KESEHATAN R. I.
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
PUSAT HUMANIORA, KEBIJAKAN KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT



LAPORAN AKHIR PENELITIAN



**PERLINDUNGAN HUKUM ATAS HAK PASIEN DI
RUMAH SAKIT : SUATU PENDEKATAN
SOSIOLEGAL**

Disusun oleh:

Turniani Laksmiarti
Pramita Andarwati
Arief Priyo Nugroho
Faizal Kurniawan
Irfan Ardani
Sujayadi

**BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN
KESEHATAN**

**Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan
dan Pemberdayaan Masyarakat
Jl. Indrapura 17 Surabaya**

2012

SUSUNAN TIM PENELITI

1. Turniani Laksmiarti . SE.MM
2. Agus Suprpto. drg.M.Kes
3. Made Asri Budisuar. drg.M.Kes
4. Siti Sundari, SKM
5. Pramita Andarwati. dr
6. Irfan Ardani. S.Fil
7. Arief Priyo Nugroho. S.Pol
8. Faizal Kurniawan. SH.MLL
9. Sujayadi.SH.MLL
- 10.Edi Suyanto.dr.SH. Sp.Forens
- 11.Sri Titik Kalimah. SE

SURAT KEPUTUSAN PENELITIAN

Adalah Surat Keputusan (SK) Kepala Pusat atau Kepala Balitbangkes tentang Pelaksanaan Penelitian.



KEMENTERIAN KESEHATAN R.I
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
PUSAT HUMANIORA, KEBIJAKAN KESEHATAN
DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

SURAT KEPUTUSAN
KEPALA PUSAT HUMANIORA, KEBIJAKAN KESEHATAN DAN
PEMBERDAYAAN MASYARAKAT
NOMOR : HK.03.05/3/1/1292/2012

TENTANG

Pembentukan Tim Pelaksana Penelitian DIPA Tahun Anggaran 2012 Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat.

- Menimbang* :
1. Bahwa untuk melaksanakan kegiatan penelitian Tahun 2012 perlu dibentuk Tim Pelaksana Penelitian, Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat.
 2. Bahwa mereka yang namanya tercantum dalam surat keputusan ini dipandang cukup cakap untuk melaksanakan penelitian tersebut.
- Mengingat* :
1. Undang-undang No.10 tahun 2010 tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun Anggaran 2011
 2. Undang - Undang No. 22 tahun 2011 tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun Anggaran 2012
 3. Undang - Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan
 4. Undang - Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit
 5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomer : 1144/Menkes/Per/VIII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan.
 6. Surat Pengesahan Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran (DIPA) Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat Tahun Anggaran 2012 No. 0888/024-11.2.01/15/2012 tanggal 9 Desember 2011.
 7. Surat Persetujuan Pelaksanaan Penelitian (SP3) Tahun 2012.
 8. Pembebasan Persetujuan Etik (Exempted) Nomor: 0105/EC/378/20 , Jakarta tertanggal 4 Mei 2012

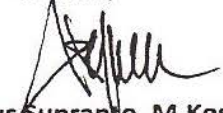


KEMENTERIAN KESEHATAN R.I
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
PUSAT HUMANIORA, KEBIJAKAN KESEHATAN
DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

- MENETAPKAN :**
- Pertama* : Tim Pelaksana Penelitian sebagaimana tersebut dalam lampiran surat keputusan ini untuk melaksanakan kegiatan penelitian dalam lingkup Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat.
- Kedua* : Menugaskan Tim Pelaksana Penelitian untuk melaksanakan penelitian dengan judul **Perlindungan Hukum Atas Hak Pasien Di Rumah Sakit: Suatu Pendekatan Sosio – Legal** seperti tersebut dalam Lampiran Keputusan ini sampai selesai; dengan menyerahkan laporan kemajuan penelitian, laporan pelaksanaan penelitian dan laporan akhir hasil penelitian kepada Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan melalui Kepala Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat.
- Ketiga* : Kepada Tim Pelaksana Penelitian yang nama-namanya tersebut dalam lampiran Surat Keputusan ini diberikan Honorarium yang terkait dengan output kegiatan sesuai dengan peraturan yang berlaku.
- Keempat* : Biaya untuk pelaksanaan penelitian dibebankan pada anggaran DIPA Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat Tahun 2012.
- Kelima* : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan sampai dengan tanggal 31 Desember 2012 dengan ketentuan apabila di kemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam penetapan ini, akan diadakan perubahan dan perbaikan sebagaimana mestinya.

DITETAPKAN DI : SURABAYA
PADA TANGGAL : 2 Januari 2012

Kepala,


drg. Agus Suprpto, M.Kes.
NIP. 19640813 1991011 001

Tembusan Yth. :

1. Ketua Badan Pemeriksa Keuangan
2. Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
3. Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan R.I
4. Inspektur Jenderal Kementerian Kesehatan R.I
5. Kepala Kantor Perbendaharaan dan Kas Negara, Surabaya
6. Masing-masing yang bersangkutan untuk dilaksanakan



KEMENTERIAN KESEHATAN R.I
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
PUSAT HUMANIORA, KEBIJAKAN KESEHATAN
DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

LAMPIRAN : SURAT KEPUTUSAN KEPALA PUSAT HUMANIORA, KEBIJAKAN KESEHATAN
DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

NOMOR : HK.03.05/3/1/1292/2012

JUDUL PENELITIAN : Perlindungan Hukum Atas Hak Pasien Di Rumah Sakit:
Suatu Pendekatan Sosio - Legal

TIM PENELITIAN :

- | | | |
|--------------------------------------|---|-----------------|
| 1. Turniani Laksmiarti, SE, MM | : | Ketua Pelaksana |
| 2. drg. Agus Suprpto, M. Kes. | : | Anggota |
| 3. dr. Pramita Andarwati | : | Anggota |
| 4. Siti Sundari, MPH, D.Sc. | : | Anggota |
| 5. drg. Made Asri Budisuari, M. Kes. | : | Anggota |
| 6. Arief Priyo Nugroho, S.IP. | : | Anggota |
| 7. Irfan Ardani, S. Fil. | : | Anggota |
| 8. Faizal Kurniawan, SH, MH, LLM. | : | Anggota |
| 9. Sujayadi, SH, LLM | : | Anggota |
| 10. dr. Edi Suyanto, Sp.F.SH | : | Anggota |
| 11. Sri Titiek Kalima, SE | : | Sekretariat |

Ditetapkan di : Surabaya
Pada tanggal : 2 JANUARI 2012

Kepala,


drg. Agus Suprpto, M. Kes.
NIP. 19640813 1991011 001



KEMENTERIAN KESEHATAN R.I
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
PUSAT HUMANIORA, KEBIJAKAN KESEHATAN
DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

SURAT PERSETUJUAN PELAKSANAAN PENELITIAN

Nomor : LB.01.01/3/1/ 191 /2012

Persetujuan Pelaksanaan Penelitian ini diberikan atas dasar ketentuan-ketentuan yang diatur dalam pasal-pasal dibawah ini :

BAB I – IKHTISAR

1. Judul Penelitian : Perlindungan Hukum atas Hak Pasien di Rumah Sakit : Suatu Pendekatan Sosio-Legal
2. Maksud dan Tujuan : **Tujuan Umum :**
Menganalisis implementasi peraturan perundang-undangan mengenai perlindungan hukum atas hak pasien di rumah sakit dan mekanisme penyelesaian sengketa antara dokter dan pasien.
Tujuan Khusus :
 1. Mengkaji hubungan hukum antara pasien dan dokter di rumah sakit
 2. Mengkaji faktor sosiologis yang mempengaruhi implementasi peraturan mengenai perlindungan hukum atas hak pasien di rumah sakit
 3. Mengkaji pelaksanaan kegiatan kendali mutu rumah sakit melalui komite medik
 4. Mengkaji pelaksanaan upaya peningkatan keselamatan pasien melalui tim keselamatan pasien rumah sakit atau komite keselamatan pasien rumah sakit
 5. Mengkaji makna perlindungan hukum atas hak pasien di rumah sakit bagi manajemen rumah sakit, profesi kedokteran dan pasien
 6. Mengkaji bentuk perlindungan hukum dan upaya pemulihan atas hak pasien menurut kebutuhan pasien dan manajemen rumah sakit melalui *medical liability system* yang dapat diusulkan untuk dikembangkan
3. Ketua Pelaksana : Turniani Laksmiarti, SE, MM (NIP. 195804051982032001)
4. Waktu Pelaksanaan : Maret s/d Oktober 2012

BAB II – BIAYA

1. Biaya yang disediakan untuk penelitian ini dibebankan pada DIPA Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat tahun Anggaran 2012.
2. Biaya tersebut dirinci dalam pos pengeluaran sebagai berikut :

- Belanja Jasa Profesi	Rp. 82.016.000
- Belanja Bahan	Rp. 87.849.000
- Belanja Non Operasioanal	Rp. 224.774.000
- Belanja Perjalanan	Rp. 344.135.000
Jumlah seluruhnya	Rp. 700.000.000
3. Penyediaan biaya untuk keperluan penelitian dimaksud akan diberikan sesuai rencana dan prosedur dalam Juknis DIPA 2012 secara bertahap dan merupakan uang-uang yang harus dipertanggungjawabkan oleh Ketua Pelaksana.
4. Cara pertanggungjawaban harus sesuai dengan ketentuan yang berlaku
5. Setiap perubahan penggunaan anggaran harus terlebih dahulu mendapat persetujuan tertulis dari Kepala Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat.



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
PUSAT HUMANIORA, KEBIJAKAN KESEHATAN
DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

BAB III – PELAKSANAAN

Ketua Pelaksana berkewajiban mengajukan nama-nama peneliti dan petugas lainnya yang akan membantu pelaksanaan penelitian disertai penjelasan tentang tugas setiap pelaksanaan penelitian untuk ditetapkan dengan segera dalam Surat Keputusan. Surat Persetujuan Pelaksanaan Penelitian yang telah ditandatangani sebagai dasar pengeluaran biaya.

Ketua Pelaksana wajib menyusun dengan segera Protokol Penelitian lengkap yang menjelaskan seluruh aspek penelitian untuk digunakan sebagai pegangan dalam pelaksanaan penelitian dengan lampiran jadwal kegiatan penelitian secara rinci dan kebutuhan biaya per bulan. Protokol dikirim kepada Kepala Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat.

Mengenai pelaksanaan pembiayaan diatur sebagai berikut :

- a. Ketua Pelaksana mengajukan Surat Permintaan Pembayaran Kepada Kuasa Pengguna Anggaran atau Pembuat Komitmen
- b. Kuasa Pengguna Anggaran atau Pembuat Komitmen Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat memberikan persetujuan pembayaran setelah persyaratan yang dikaitkan dengan mengajukan Surat Permintaan Pembayaran dipenuhi dan adanya laporan kegiatan, serta pertanggungjawaban keuangan.

BAB IV – PENGAWASAN

Pembinaan teknis dan administratif serta pengawasan terhadap pelaksanaan penelitian ini dilakukan oleh Kepala Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat.

Pembinaan teknis dan administratif serta pengawasan dilakukannya secara terus-menerus dan Ketua Pelaksana wajib memberikan keterangan-keterangan yang diminta.

Apabila dipandang perlu Kepala Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat dapat melakukan atau menunjuk pejabat lain untuk melakukan pengawasan.

BAB V – LAPORAN

Porsekot Kerja dipertanggungjawabkan selambat-lambatnya 2 minggu sejak porsekot kerja diterima.

Ketua Pelaksana Penelitian wajib memberikan laporan penggunaan uang beserta tanda bukti yang sah untuk setiap bulan dan harus diterima oleh Pembuat Komitmen Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat paling lambat tanggal 5 bulan berikutnya.

Ketua Pelaksana Penelitian wajib memberikan laporan kemajuan penelitian setiap triwulan sesuai dengan ketentuan pelaporan dan diterima oleh Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan melalui Kepala Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat paling lambat tanggal 5 bulan berikutnya setelah triwulan bersangkutan berakhir.

Ketua Pelaksana Penelitian wajib membuat dan menyampaikan laporan akhir penelitian sesuai saran dan petunjuk PPI sebanyak 30 (Tiga Puluh) copy kepada Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan melalui Kepala Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat paling lambat tanggal 20 Desember 2012.

BAB VI – PERSYARATAN LAIN

Segala penemuan dan hasil penelitian ini menjadi milik Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.



KEMENTERIAN KESEHATAN R.I
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
PUSAT HUMANIORA, KEBIJAKAN KESEHATAN
DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

2. Hasil penelitian ini harus diterbitkan di dalam " Buletin Penelitian Kesehatan ". Apabila naskah ilmiah hendak diajukan ke majalah lain, atau suatu pertemuan ilmiah supaya terlebih dahulu diminta persetujuan dari Kepala Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat.

BAB VII – SANKSI

1. Apabila protokol penelitian, laporan penggunaan uang, laporan kemajuan penelitian tidak masuk pada waktunya, maka akan diberikan teguran tertulis melalui atasannya dan tidak akan diberikan uang kegiatan berikutnya.
2. Apabila Ketua Pelaksana belum menyelesaikan laporan akhir penelitian maka akan dipertimbangkan untuk tidak menjadi Ketua Pelaksana dalam penelitian lain ataupun kegiatan ilmiah lainnya.
3. Apabila seorang peneliti menerbitkan hasil penelitian milik Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan di luar Buletin Penelitian Kesehatan tanpa seizin Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, maka kepada yang bersangkutan akan diadakan teguran tertulis melalui atasannya.
4. Apabila seorang peneliti membawakan hasil penelitian yang belum memperoleh persetujuan Kepala Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat di dalam suatu pertemuan yang bersifat umum, maka kepada yang bersangkutan akan diadakan teguran tertulis melalui atasannya.
5. Apabila terjadi penyalahgunaan anggaran dalam kegiatan penelitian ini, maka akibat yang timbul menjadi tanggung jawab Ketua Pelaksana Penelitian.


BAB VIII – KETENTUAN PENUTUP

Apabila penyelesaian penelitian ini tidak dapat dilaksanakan pada waktunya karena sesuatu hal yang berada di luar Kekuasaan Ketua Pelaksana, maka Kepala Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat dapat meninjau kembali.

Ketua Pelaksana,


Turniani Laksmiarti, SE, MM
NIP 195804061982032001

Surabaya, 2 Januari 2012
Mengetahui dan menyetujui :
Kepala,


drg. Agus Suprpto, M.Kes 7
NIP 196408131991011001

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Allah SWT atas berkatNya yang dilimpahkan, sehingga dapat terselesaikannya penelitian sebagaimana adanya. Perlu kami sampaikan bahwa tujuan penelitian ini kami laksanakan untuk menganalisis implementasi peraturan perundang-undangan mengenai perlindungan hukum atas hak pasien di rumah sakit dan mekanisme penyelesaian sengketa antara dokter dan pasien, dengan harapan dapat memberikan manfaat bagi pengambil kebijakan maupun masyarakat pada umumnya terhadap penyempurnaan bentuk dan mekanisme perlindungan hukum atas hak pasien di rumah sakit dalam sehingga meningkatnya kualitas pelayanan .

Dari hasil penelitian yang didapatkan bahwa pasien masih menganggap hubungan dokter-pasien sebagai hubungan paternalistik dan dokter dianggap lebih mengerti status kesehatan pasien. Pasien masih banyak yang tidak menyadari perlunya perlindungan hukum dikarenakan mengutamakan kesembuhan sebagai kebutuhan utamanya. Sebaliknya dari petugas rumah sakit masih beranggapan bahwa perlindungan hukum adalah salah satu cara untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang diselenggarakan.

Kami menyadari bahwa laporan hasil penelitian ini masih kurang sempurna dan kami berharap adanya masukan dari berbagai pihak dalam upaya pembelajaran di bidang hukum kesehatan.

Pada kesempatan baik ini kami sampaikan terimakasih atas dukungan terselenggaranya penelitian ini kepada yang terhormat:

1. Kepala Badan Litbang Kesehatan Kementerian Kesehatan RI
2. Kepala Pusat Humanioran, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat
3. Direktur Rumah Sakit pada Lokasi Penelitian
4. Sejawat Tim Peneliti

Surabaya, Desember 2012

Tim Peneliti

RINGKASAN EKSEKUTIF

Sudah menjadi pengetahuan umum bahwa petugas kesehatan yang paling depan dalam melayani masyarakat adalah dokter, perawat dan bidan. Meskipun dimata masyarakat petugas kesehatan adalah menjadi andalan masyarakat apabila sakit, akan tetapi lebih banyak keluhan yang diterima petugas kesehatan daripada pujiannya. Pandangan lain dengan banyaknya keluhan masyarakat maka dimaknai makin meningkatnya pemahaman masyarakat terhadap hak-haknya sebagai pasien. Hak-hak tersebut juga merupakan hak azasi manusia secara universal (*declaration of human rights*). Pada sisi lain juga adanya hak dan kewajiban petugas kesehatan dalam melayani pasien, salah satu kewajiban dokter adalah keselamatan pasien adalah hukum yang tertinggi (*Aegroti Salus Lex Suprema*), dalam pembuktiannya apakah hal tersebut telah berlaku pada publik sebagai konsumen di rumah sakit maka dilakukan penelitian yang bertujuan menganalisis implementasi peraturan perundang-undangan mengenai perlindungan hukum atas hak pasien di rumah sakit dan mekanisme penyelesaian sengketa antara dokter dan pasien. Pemanfaatan peraturan perundangan yang digunakan dalam penelitian antara lain undang-undang nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan, undang-undang nomor 44 tahun 2009 tentang rumah sakit, undang-undang nomor 29 tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran dan peraturan lain yang mendukung.

Hasil penelitian yang didapatkan bahwa hubungan hukum dokter-pasien sampai dengan saat sekarang masih dalam bentuk hubungan hukum kontraktual yang menitik beratkan pada proses usaha yang sebaik-baiknya, yaitu pasien masih menganggap bahwa hubungan dokter-pasien sebagai hubungan *paternalistic*. Dengan keterbatasan tenaga yang ada di rumah sakit maka pasien masih beranggapan bahwa tenaga yang di rumah sakit adalah tenaga *superior* sehingga apabila terdapat suatu permasalahan yang paling sering diadukan pasien adalah kurangnya penjelasan dari dokter terkait penyakit dan pengobatan yang diberikan, mengenai pelayanan yang tidak ramah dari petugas kesehatan dan waktu tunggu yang lama untuk mendapat pelayanan. Berapa kasus yang diketemukan dari hasil wawancara dengan pasien menyatakan apabila terjadi sesuatu hal yang mengakibatkan kerugian pada pasien

yang diakibatkan oleh kelalaian rumah sakit atau stafnya, pasien menginginkan permintaan maaf. Permintaan maaf dinilai pasien sebagai salah satu bentuk tanggung jawab rumah sakit, dengan kata lain rumah sakit mengakui adanya kelalaian. Lain halnya apabila terjadi gugatan atau tuntutan dari pasien akibat kegagalan dalam pelayanan medis di rumah sakit maka seandainya rumah sakit ikut bertanggung jawab sebagaimana yang tertulis dalam pasal 1367 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, Direktur Rumah Sakit ikut berbagi tanggung jawab bila ada kesalahan dari dokter yang menjadi tanggung jawabnya. Hasil wawancara yang didapatkan juga menyatakan bahwa sebagian dari pasien rumah sakit telah memahami haknya, namun sebagian kurang memahami sehingga hanya bersifat pasif yang pada akhirnya membuat seolah tak ada pilihan lain dalam mengakses pelayanan kesehatan. Kurangnya pemahaman tersebut mulai dari hal-hal mendasar dalam prinsip pelayanan kesehatan atau tindakan medis yang akan mereka dapatkan, sehingga masih banyak didapati pemikiran memang sebaiknya para pasien tidak sepenuhnya tahu tindakan medis yang dilakukan karena terkadang informasi yang diberikan terkesan menyeramkan bagi pasien. Hal terpenting yang ada dalam benak pasien/masyarakat saat mengakses pelayanan kesehatan hanyalah harapan untuk sembuh dari penyakit yang diderita.

Dengan berkembangnya pola pembiayaan kesehatan pada masyarakat yang kurang mampu, dikhawatirkan akan terjadi diskriminasi pelayanan, sehingga menjadi *stereotyping* bahwa jika ingin mendapat kualitas pelayanan kesehatan yang bagus adalah di tempat yang dikelola swasta sedangkan bila di pelayanan milik pemerintah jangan mengharap akan kualitas pelayanan prima.

Atas kondisi tersebut, yaitu kurangnya pemahaman terhadap hukum kesehatan dan rendahnya pola pikir masyarakat, maka pemerintah harus bertanggungjawab untuk memperbaiki hal tersebut untuk mencegah dominasi salah satu stakeholder. Atau pemerintah mempunyai hadir dalam setiap proses untuk memastikan berjalannya pelayanan kesehatan dengan baik, dengan memberikan pemahaman atas:

1. Peraturan perundang-undangan karena dalam peraturan tersebut akan mempunyai dampak langsung maupun tidak langsung maka setiap peraturan perundang-

undangan yang telah ada haruslah memiliki konsepsi untuk memperbaiki kondisi sosiologis yang ada.

2. Dalam perbaikan tingkat pemahaman dan pengetahuan masyarakat dalam pelayanan kesehatan beserta hak-haknya, pemerintah memberi pengaturan yang tegas atas siapa yang bertanggung jawab atas edukasi masyarakat. Mempertegas standar operasional dan kejelasan peran serta masyarakat sebagai pasien dalam setiap pelayanan kesehatan untuk mencegah terjadinya kelalaian dan wilayah abu-abu dalam pelayanan kesehatan terutama yang memiliki risiko tinggi sehingga tidak timbulnya persepsi-persepsi keliru dalam pelayanan kesehatan itu sendiri.

Disamping pemahaman pada masyarakat, pemerintah perlu :

1. Melakukan tata ulang untuk mengubah pola relasi pelayanan kesehatan yang tidak seimbang. Harus ada undang-undang yang menjadi *social engineering* untuk menjadi pengubah pola dan pemikiran para pemberi pelayanan kesehatan.
2. Melakukan edukasi dan advokasi pada masyarakat melalui pemberdayaan masyarakat tentang hak-hak pasien dan tidak menjadikan pasien sebagai obyek.

ABSTRAK

Pihak yang berperan dalam perlindungan hukum atas hak pasien di rumah sakit adalah pengelola rumah sakit yang dipimpin oleh direktur, komite medik, tim keselamatan pasien rumah sakit, pasien dan lembaga swadaya masyarakat yang peduli dengan isu perlindungan hukum atas hak pasien di rumah sakit. Pasal 32 Undang-undang nomor 44 tahun 2009 tentang hak pasien dengan jelas disebutkan bahwa pasien memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi, disamping hak-hak yang lain. Masalah lain yang diangkat dalam penelitian ini adalah apakah kendali mutu rumah sakit yang diterapkan saat ini dapat menjamin terlindunginya hak pasien di rumah sakit.

Tujuan yang diangkat dalam penelitian ini adalah melakukan analisis implementasi peraturan perundang-undangan mengenai perlindungan hukum atas hak pasien di rumah sakit dan mekanisme penyelesaian sengketa antara dokter dan pasien.

Metode penelitian adalah metode penelitian hukum yang dilakukan melalui pendekatan perundang-undangan (*statute approach*) yang mengatur mengenai hak-hak pasien dan Jenis penelitian ini adalah *cross sectional*, dalam pendekatan sosiolegal, dengan desain kualitatif.

Tempat penelitian dilakukan 6 propinsi (Propinsi: Sumatra Utara, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, Kepulauan Riau dan Kalimantan Barat) atau 10 rumah sakit di Indonesia.

Dari hasil penelitian disampaikan bahwa hubungan hukum dokter-pasien sampai dengan saat sekarang masih dalam bentuk hubungan hukum kontraktual yang menitik beratkan pada proses usaha yang sebaik-baiknya, yaitu pasien masih menganggap bahwa hubungan dokter-pasien sebagai hubungan *paternalistic*, akibat keterbatasan tenaga yang ada di rumah sakit maka pasien masih beranggapan tenaga yang di rumah sakit adalah tenaga *superior*.

Dilain pihak apabila terjadi sesuatu hal yang mengakibatkan kerugian pada pasien yang diakibatkan oleh kelalaian rumah sakit atau stafnya maka akan terselesaikan dengan kekeluargaan atau permintaan maaf rumah sakit dengan kata lain rumah sakit mengakui adanya kelalaian. Apabila pasien menuntut atau gugatan hukum penyelesaian secara hukum adalah langkah terakhir.

Rekomendaasi hasil penelitian yang diajukan adalah pemerintah memberikan pemahaman kepada masyarakat/pasien tentang: a) hak-hak pasien di rumah sakit, b) pertanggung jawabannya apabila terjadi kelaian medis di rumah sakit sehingga pasien tidak dijadikan obyek hukum dan pemerintah melakukan: a) membuat peraturan atau undang-undang yang menjadi *social engineering* untuk menjadi pengubah pola dan pemikiran para pemberi pelayanan kesehatan dan b) melakukan edukasi dan advokasi pada masyarakat melalui pemberdayaan masyarakat tentang hak-hak pasien dan tidak menjadikan pasien sebagai obyek.

Kata Kunci :hak pasien – perlindungan hukum

DAFTAR ISI

Keterangan	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
SUSUNAN TIM PENELITI	ii
SURAT KEPUTUSAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
RINGKASAN EKSEKUTIF	v
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1. Karakteristik Hubungan Hukum antara Pasien dan Dokter di Rumah Sakit	5
2.2. Perlindungan Hukum Hak-Hak Pasien dan Rumah Sakit dalam Peraturan Perundang-Undangan dan Efektivitas Implementasinya	11
BAB 3 TUJUAN DAN MANFAAT	25
3.1. Tujuan	25
3.2. Manfaat	25
BAB 4 METODE	27
4.1. Kerangka Konsep Penelitian	27
4.2. Tempat dan Waktu Penelitian	28
4.3. Jenis Penelitian	29
4.4. Desain Penelitian	29
4.5. Pendekatan Perundang-undangan, Konsep, dan Kasus	29
4.6. Populasi dan Sampel	30
4.7. Cara Pemilihan dan Penarikan Informan	30
4.8. Instrumen dan Cara Pengumpulan Data	31
4.9. Bahan dan Prosedur Kerja	32
4.10. Manajemen dan Analisis Data	34
4.11. Definisi operasional	35
BAB 5 HASIL PENELITIAN	37
5.1. Karakteristik hubungan hukum antara pasien dan dokter di rumah sakit.....	37
5.2. Pendapat mengenai hubungan hukum antara pasien dan dokter di rumah sakit	39
5.3. Perlindungan hak pasien yang terkait dengan keselamatannya di rumah sakit dalam peraturan perundang-undangan dan efektivitas implementasinya ...	40

Keterangan	Halaman
5.4. Implementasi perlindungan hukum atas hak pasien di rumah sakit	47
5.5. Kendali mutu rumah sakit dalam menjamin terlindunginya hak pasien	50
5.6. Mekanisme penyelesaian sengketa medik	52
BAB 6 PEMBAHASAN	54
6.1. Pengetahuan dan kesadaran akan hak dan kewajiban pasien di rumah sakit	55
6.2. Karakteristik Hubungan Hukum Antara Pasien dan Dokter di Rumah Sakit	58
6.3. Implementasi Perlindungan Hukum Hak Pasien di Rumah Sakit Terkait Faktor Sosiologis dan Etis	66
6.4. Kendali Mutu RS Dalam Menjamin Terlindunginya Hak Pasien.	69
6.5. Mekanisme Penyelesaian Sengketa Untuk Menjamin Perlindungan Hukum Atas Hak pasien	72
6.6. Bentuk perlindungan Hukum Atas Hak Pasien Yang Di Usulkan	75
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN	79
7.1. Kesimpulan	79
7.2. Saran	80
DAFTAR PUSTAKA	81
UCAPAN TERIMAKASIH	83

DAFTAR TABEL

Keterangan	Halaman
Tabel 4.1. Daftar Nama Rumah Sakit yang Menjadi Lokasi Penelitian	29
Tabel 4.2. Cara Kerja Peneliti Dalam Pengumpulan Data.....	34
Tabel 5.1. Perlindungan hak pasien terkait dengan keselamatannya di rumah sakit	41
Tabel 5.2. Pernyataan petugas rumah sakit terhadap peraturan tentang hak pasien	43
Tabel 5.3. Pernyataan petugas rumah sakit dalam memaknai perlindungan hukum tentang hak pasien	44
Tabel 5.4. Kegiatan Komite Medik	48

DAFTAR GAMBAR

Keterangan	Halaman
Gambar 4.1. Kerangka Konsep Penelitian	27
Grafik 4.2. Alur Kegiatan Penelitian	34
Gambar 5.1. Mekanisme penyelesaian sengketa medik	53
Gambar 6.1. Prinsip Bioetika yang Harus Dipenuhi Dokter	63
Gambar 6.2. Prioritas Pembentukan Kebijakan	80

BAB 1 PENDAHULUAN

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat, (Undang-undang nomor 44 tahun 2009 pasal 1 ayat (1), Dalam pasal 1 ayat (2) yang dimaksud pelayanan kesehatan paripurnan adalah pelayanan kesehatan meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Penyelenggaraan rumah sakit berasaskan Pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak dan antidiskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial. Pengaturan penyelenggaraan rumah sakit diantaranya bertujuan untuk memberikan perlindungan dan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit, sumber daya manusia rumah sakit dan rumah sakit (Undang Undang No 44 tentang Rumah Sakit, 2009).

Pelayanan medis di rumah sakit melibatkan profesi medis, pasien, sarana penunjang dan pengelola rumah sakit. Beberapa dekade terakhir rumah sakit didirikan tidak hanya untuk fungsi sosial, tetapi juga merupakan usaha padat modal dan padat karya. Dengan berkembangnya teknologi kedokteran dan farmasi maka harus disikapi dengan cermat terutama bagi keselamatan pasien yang diberikan rumah sakit. Kepentingan masing-masing pihak harus dilindungi agar pelayanan berjalan baik dan adil. Bentuk perlindungan hukum atas hak masing-masing dituangkan dalam peraturan perundangan. Isu perlindungan hukum atas hak pasien telah berkembang dalam dua dekade terakhir. Dahulu masyarakat sepenuhnya mempercayakan masalah kesehatannya kepada profesi kedokteran tanpa mengindahkan hak yang dimilikinya. Rumah sakit dulu sering dianggap sebagai lembaga sosial yang kebal hukum berdasarkan "*Doctrin of Charitable Immunity*", sebab menghukum rumah sakit untuk membayar ganti rugi sama artinya dengan mengurangi asetnya, yang pada gilirannya akan mengurangi kemampuannya untuk menolong masyarakat (Peraturan Menteri Kesehatan No. 1691 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, 2011). Namun seiring dengan kemudahan mengakses informasi kesehatan dan kesadaran masyarakat akan haknya sebagai pasien yang

memanfaatkan pelayanan medis di rumah sakit, tuntutan masyarakat untuk mendapat pelayanan kesehatan yang bermutu semakin meningkat. Demikian pula dengan isu seputar perlindungan hukum pasien yang semakin mendapat perhatian. Kenyataan ini terlihat dari semakin meningkatnya kasus sengketa medik yang dilaporkan. Berdasarkan data dari Majelis Kehormatan Etika Kedokteran (MKEK) wilayah DKI Jakarta, sebelum tahun 1999 hanya melayani 7-13 kasus per tahun. Namun, pada tahun 2000 hingga 2004 jumlah kasus malpraktik medik meningkat menjadi 15-25 kasus per tahun (Malpraktik Medik di Indonesia : Suatu Kajian Medikolegal, Muhammad Hatta dalam Jurnal Suloh Vol. VI No. 3 Desember 2008: 175-256). Data ini menunjukkan bahwa pasien sudah menyadari haknya dalam pelayanan medis, tidak serta merta menyerahkan kesehatan dirinya kepada profesi kedokteran.

Hak dan kepentingan pasien selaku pihak yang mendapatkan layanan medis telah dilindungi dan dijamin oleh undang-undang di antaranya dalam pasal 56-58 Undang Undang No 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan pasal 52 Undang Undang No 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran. Secara khusus hak pasien di rumah sakit diatur dalam pasal 32 Undang Undang No 44 Tahun 2009 tentang Rumah sakit. Diantara sekian banyak hak pasien, keselamatan pasien merupakan salah satu isu yang cukup serius. Dalam beberapa tahun terakhir ini, banyak negara yang menyadari pentingnya meningkatkan keselamatan pasien. Sehingga pada tahun 2002 negara anggota WHO menyetujui *World Health Assembly resolution on patient safety*. Ditinjau dari sisi ekonomi, peningkatan upaya keselamatan pasien cukup mendesak untuk dilakukan. Beberapa studi menunjukkan bahwa biaya perpanjangan masa perawatan di rumah sakit, biaya proses hukum, kejadian infeksi yang didapat di rumah sakit, kecacatan hingga kerugian dalam hal pendapatan dan belanja perawatan medis lainnya mencapai 6-29 milyar dollar per tahun (http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient_safety_facts/en/index7.html).

Hak pasien terkait keselamatan pasien tercantum dalam ayat d, e dan n pasal 32 Undang Undang No 44 Tahun 2009. Bunyi pasal yang dimaksud adalah mendapat layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional, mendapat layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian, dan memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama perawatan

di RS. Dalam hal pasien tidak mendapat layanan kesehatan seperti yang dimaksud dalam pasal tersebut, maka pasien juga berhak menyampaikannya kepada rumah sakit. Ayat o,q dan r pasal 32 Undang Undang No 44 Tahun 2009 mempertegas perlindungan hukum atas hak pasien di rumah sakit. Pasien berhak mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan rumah sakit terhadap dirinya; menggugat dan/atau menuntut rumah sakit apabila rumah sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar, baik secara perdata ataupun pidana; dan mengeluhkan pelayanan rumah sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Organisasi penunjang untuk memastikan perlindungan hukum atas hak pasien, terutama yang menyangkut keselamatan pasien, telah dibentuk baik pada tingkat nasional hingga masing-masing rumah sakit. Tim keselamatan pasien rumah sakit (TKPRS) dibentuk sesuai amanat Peraturan Menteri Kesehatan No 1691 Tahun 2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Sebelumnya, sudah terbentuk Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) yang dibentuk oleh Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI).

Masalah perlindungan hukum atas hak pasien di rumah sakit, terutama keselamatan pasien, memerlukan komitmen seluruh pihak yang berkepentingan dalam pelaksanaannya. Yaitu direktur rumah sakit, komite medik, TKPRS atau KKPRS dan pasien sebagai pengguna layanan. Peningkatan keselamatan pasien berikut jaminan perlindungan hukumnya ditujukan pada perbaikan tenaga medis yang melakukan pelayanan kesehatan maupun sistem yang mewadahi pelayanan kesehatan tersebut. Namun demikian, sebaik-baiknya suatu sistem yang diciptakan, tidak menjamin keselamatan pasien seutuhnya. Maka dari itu perlu dipikirkan juga suatu sistem yang memberi kemudahan bagi pasien maupun pihak rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan kewajiban masing-masing pihak ketika terjadi suatu pelanggaran atas haknya.

Implementasi perlindungan hukum atas hak pasien di rumah sakit dipengaruhi oleh faktor sosiologis seperti perilaku pihak yang terlibat di dalamnya, motif dan latar belakang sosial serta faktor lain di luar sistem. Pihak yang berperan dalam perlindungan hukum atas hak pasien di rumah sakit adalah pengelola rumah sakit yang dipimpin oleh direktur, komite medik, tim keselamatan pasien rumah

sakit, pasien dan lembaga swadaya masyarakat yang peduli dengan isu perlindungan hukum atas hak pasien di rumah sakit. Keberadaan peraturan daerah yang mendukung Permenkes, organisasi rumah sakit yang membantu dalam hal pembinaan dan pengawasan rumah sakit juga mempengaruhi implementasi perlindungan hukum atas hak pasien di rumah sakit. Kondisi sosiologis inilah yang merupakan faktor yang mempengaruhi implementasi perlindungan hukum atas hak pasien di setiap rumah sakit, termasuk bagaimana pihak yang berperan didalamnya memaknai perlindungan hukum atas hak pasien. Keadaan tersebut juga akan mempengaruhi bagaimana cara penyelesaian yang diinginkan kedua belah pihak ketika terdapat sengketa.

Penelitian ini ingin mengungkap bagaimana implementasi perlindungan hukum atas hak pasien di rumah sakit, termasuk faktor sosiologis yang mempengaruhinya. Faktor tersebut antara lain bagaimana pemahaman, sikap dan persepsi para pihak yang terkait dalam hubungan antara pasien dan rumah sakit terhadap hak-hak pasien. Masalah lain yang diangkat dalam penelitian ini adalah apakah kendali mutu rumah sakit yang diterapkan saat ini dapat menjamin terlindunginya hak pasien di rumah sakit. Hasil dari penelitian ini diharapkan mampu memberikan kontribusi dalam penyempurnaan bentuk perlindungan hukum atas hak pasien di rumah sakit dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan rumah sakit.

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Karakteristik Hubungan Hukum antara Pasien dan Dokter di Rumah Sakit

2.1.1. Prinsip Hubungan Hukum Dokter dan Pasien

Pelayanan kesehatan pada dasarnya bertujuan untuk melaksanakan pencegahan dan pengobatan terhadap penyakit, termasuk didalamnya pelayanan medis yang dilaksanakan atas dasar hubungan individual antara dokter dengan pasien yang membutuhkan penyembuhan.

Dengan demikian, adanya gejala yang demikian itulah mendorong orang untuk berusaha menemukan dasar hukum (yuridis) bagi pelayanan kesehatan yang sebenarnya juga merupakan perbuatan hukum yang mengakibatkan timbulnya hubungan hukum, walaupun hal tersebut sering kali tidak disadari oleh dokter.

Hubungan pasien dokter di rumah sakit (RS), selain berbentuk sebagai hubungan medik, juga berbentuk sebagai hubungan hukum. Sebagai hubungan medik, maka hubungan medik itu akan diatur oleh kaidah-kaidah medik, sedangkan sebagai hubungan hukum, maka hubungan hukum itu akan diatur oleh kaidah-kaidah hukum.¹

Secara yuridis timbulnya hubungan antara dokter dan pasien bisa berdasarkandua hal, yaitu² :

- a) Berdasarkan perjanjian
- b) Karena Undang-undang

Timbulnya hubungan hukum antara dokter dengan pasien berdasarkan perjanjian mulai terjadi saat pasien datang ketempat praktek dokter atau kerumah sakit dan dokter menyanggupinya dengan dimulai *anamnesa* (Tanya jawab) dan pemeriksaan oleh dokter. Dari seorang dokter harus dapat diharapkan bahwa ia akan berusaha sebaik mungkin untuk menyembuhkan pasiennya. Dokter tidak bisa menjamin bahwa ia pasti akan dapat menyembuhkan penyakit pasiennya, karena

¹Wila Ch. Suprindi. "Persetujuan Tindakan Medik".
<http://hukumkes.wordpress.com/2008/03/15/persetujuan-tindakan-medik/>, 15 Maret 2008, dikunjungi pada 29 November 2012.

²Yunanto. "Pertanggungjawaban Dokter Dalam Transaksi Terapeutik Dalam Rangka Menenuhi Persyaratan Program Magister Ilmu Hukum". Tesls. Fakultas Hukum Universitas Diponegoro, Semarang, 2009, h. 42.

hasil suatu pengobatan sangat tergantung kepada banyak faktor yang berkaitan (usia, tingkat keseriusan penyakit, macam penyakit, komplikasi dan lain-lain).

Dengan demikian maka perjanjian antara dokter - pasien itu secara yuridis dimasukkan kedalam golongan *ins panning sverbitenis*.³

Segala peraturan yang mengatur tentang perjanjian tetapi harus tunduk pada peraturan dan ketentuan dalam *Burgerlijk wetboek* (BW). Ketentuan mengenai perjanjian dalam BW itu diatur dalam buku III yang mempunyai sifat terbuka, dimana dengan sifatnya yang terbuka itu akan memberikan kebebasan berkontrak kepada para pihaknya, dengan adanya asas kebebasan berkontrak memungkinkan untuk setiap orang dapat membuat segala macam perjanjian.

Segala bentuk perjanjian harus tunduk pada ketentuan umum Hukum perdata Pasal 1319 BW yang berbunyi "Semua Perjanjian, baik yang mempunyai suatu nama khusus, maupun yang tidak terkenal dengan suatu nama tertentu, tunduk pada peraturan-peraturan umum.

Selain asas kebebasan berkontrak suatu perjanjian juga harus menganut asas konsensualitas, dimana asas tersebut merupakan dasar dari adanya sebuah perjanjian yang akan dibuat oleh para pihak dimana adanya kata sepakat antara para pihak dalam perjanjian.

Didalam perjanjian diperlukan kata sepakat, sebagai langkah awal sahnya suatu perjanjian yang diikuti dengan syarat-syarat lainnya maka setelah perjanjian tersebut disepakati oleh para pihak, maka perjanjian itu akan berlaku sebagai Undang-Undang bagi para pihak yang membuatnya hal itu diatur dalam Pasal 1338 ayat 1 BW yang berbunyi : " Semua perjanjian yang dibuat secara sah berlaku sebagai Undang-Undang bagi mereka yang membuatnya".

Disamping kedua asas diatas ada satu faktor utama yang harus dimiliki oleh para pihak yaitu adanya suatu itikad baik dari masing-masing pihak untuk melaksanakan perjanjian. Asas tentang itikad baik itu diatur didalam Pasal 1338 ayat 3 BW yang berbunyi : " Suatu perjanjian harus dilaksanakan dengan itikad baik".

³Rabiyatul Adawiyah, " Etika dan Hukum Kesehatan ", <http://pasien-tanggung-jawab-dokter-atau-rumah-sakit.com>, 11 Juli 2012, dikunjungi pada 29 November 2012

Timbulnya hubungan hukum antara dokter dengan pasien berdasarkan Undang-Undang diatur didalam BW Pasal 1365 tentang perbuatan melanggar hukum (*onrechtmatige daad*) yang berbunyi : "Setiap perbuatan yang melanggar hukum sehingga membawa kerugian kepada orang lain, maka sipelaku yang menyebabkan kerugian tersebut berkewajiban untuk mengganti kerugian tersebut".

Perbuatan melanggar hukum "sebagai suatu tindakan atau non tindakan yang atau bertentangan dengan kewajiban si pelaku, atau bertentangan dengan susila baik, atau kurang hati-hati dan ketelitian yang seharusnya dilakukan di dalam masyarakat terhadap seseorang atau barang orang lain". (*"dat onder onrechtmatige daad is te verstaan een handelen of nalaten, dat of inbreuk maakt op eens anders recht, of in strijd is met des daders rechtsplicht of indruist, hetzij tegen de goede zeden, hetzij tegen de zorgvuldigheid, welke in het maatschappelijk verkeer betaamten aanzien van eens anders persoon of goed*).⁴

Jika seorang dokter tidak memenuhi syarat-syarat yang ditentukan diatas, maka ia dapat dianggap telah melakukan pelanggaran hukum, melanggar ketentuan yang ditentukan oleh Undang-Undang karena tindakannya bertentangan dengan asas kepatutan, ketelitian serta sikap hati-hati yang seharusnya dapat diharapkan daripadanya dalam pergaulan sesama warga masyarakat. Sedangkan yang dimaksud dengan "kepatutan, ketelitian dan hatihati" tersebut adalah: standar-standar dan prosedur profesi medis di dalam melakukan suatu tindakan medis tertentu, Namun standar-standar tersebut juga bukan sesuatu yang tetap karena pada waktu-waktu tertentu terhadapnya haruslah diadakan evaluasi untuk dapat mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan tehnologi. Namun tidak saja terhadap suatu perbuatan yang dilakukan, tetapi juga terhadap suatu kelalaian yang menyebabkan kerugian kepada orang lain dapat pula dimintakan penggantian kerugian. Hal ini ditumuskan di dalam Pasal 1366 BW yang berbunyi : "Setiap orang bertanggungjawab tidak saja terhadap kerugian yang ditimbulkan karena suatu tindakan, tetapi juga yang diakibatkan oleh suatu kelalaian atau kurang hati-hati.

Selain itu seseorang juga bertanggungjawab terhadap tindakan atau kelalaian / kurang hati-hati dari orang-orang yang berada di bawah perintahnya.

⁴Arrest Hoge Raad 31 Januari 1919.

Hal ini dirumuskan di dalam Pasal 1367 BW yang berbunyi : "Seseorang tidak saja bertanggungjawab terhadap kerugian yang ditimbulkan oleh dirinya sendiri, tetapi juga bertanggungjawab terhadap tindakan dari orang-orang yang berada di bawah tanggung-jawabnya atau disebabkan oleh barang-barang yang berada di bawah pengawasannya."

Salah satu lembaga hukum yang ada dalam hubungan hukum antara dokter, pasien & RS adalah apa yang dikenal dengan lembaga persetujuan tindakan medik (informed consent) dan pada tahun 2008, telah diberlakukan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 290/Menkes/Per/lii/2008 tentang persetujuan tindakan medik.⁵

Dalam hubungan antara dokter dan pasien terjadi transaksi yang disebut dengan *transaksi terapeutik* artinya, masing-masing pihak mempunyai hak dan kewajiban.⁶ Didasarkan mukadimah Kode Etik Kedokteran Indonesia yang dilampirkandalam Keputusan Menteri Kesehatan R.I. Nomor : 434/MEN.KES/X/1983 Tentang Berlakunya Kode Etik Kedokteran Indonesia Bagi Para Dokter di Indonesia, maka yang dimaksud dengan transaksi terapeutik adalah hubungan antara dokter dan penderita yang dilakukan dalam suasana saling percaya (konfidensial), serta senantiasa diliputi oleh segala emosi, harapan, dan kekhawatiran makhluk insani.

Pada umumnya mulainya hubungan transaksi terapeutik dimulai saat seorang pasien meminta pertolongan kepada dokter untuk mengobati penyakitnya dan dokter menyanggupinya.

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa transaksi terapeutik merupakan hubungan antara dua subjek hukum yang saling mengikatkan diri didasarkan sikap saling percaya.

Transaksi terapeutik merupakan hubungan antara dokter dengan pasien dalam pelayanan medik secara profesional didasarkan kompetensi yang sesuai dengan keahlian dan ketrampilan tertentu dibidang kedokteran. Transaksi terapeutik merupakan kegiatan didalam penyelenggaraan praktek dokter berupa pemberian pelayanan medis. Sedangkan pelayanan medis itu sendiri merupakan bagian pokok dari kegiatan upaya kesehatan yang menyangkut sumber daya kesehatan

⁵*Ibid.*

⁶Yunanto, *Op. Cit.*, h. 46.

sebagai pendukung penyelenggaraannya, yang harus tetap dilaksanakan sesuai dengan fungsi dan tanggung jawabnya.⁷

2.1.1. Syarat Keabsahan Kontrak Dokter dan Pasien

Hubungan hukum antara dokter dengan pasien tertuang dalam kontrak yang terbentuk dari persetujuan/kesepakatan untuk mengikatkan diri dengan kontrak tersebut. Persetujuan/kesepakatan itu sendiri merupakan salah satu syarat keabsahan kontrak/perjanjian pada umumnya sebagaimana diatur dalam Pasal 1320 BW.

Didalam membuat suatu perjanjian para pihak harus memenuhi ketentuan Pasal 1320 KUHPerdara tentang syarat sahnya suatu perjanjian yaitu :

- a. Adanya kata sepakat diantara para pihak.
- b. Kecakapan para pihak dalam hukum.
- c. Suatu hal tertentu.
- d. Sebab yang diperbolehkan.

Oleh sebab itu didalam perjanjian diperlukan kata sepakat, sebagai langkah awal sahnya suatu perjanjian yang diikuti dengan syarat-syarat lainnya maka setelah perjanjian tersebut maka perjanjian itu akan berlaku sebagai Undang-Undang bagi para pihaknya hal itu diatur dalam Pasal 1338 ayat 1 KUHPerdara yang berbunyi :“ Semua perjanjian yang dibuat secara sah berlaku sebagai Undang-Undang bagi mereka yang membuatnya”.

Disamping kedua asas diatas ada satu faktor utama yang harus dimiliki oleh para pihak yaitu adanya suatu itikad baik dari masing-masing pihak untuk melaksanakan perjanjian. Asas tentang itikad baik itu diatur didalam Pasal 1338 ayat 3 KUHPerdara yang berbunyi : “ Suatu Perjanjian harus dilaksanakan dengan itikad baik”.

Pada umumnya, perjanjian atau kontrak telah diterima sebagai sumber dari hubungan antara dokter dan pasien, sehingga transaksi terapeutik disebut pula dengan istilah Perjanjian atau Kontrak Terapeutik. Akan tetapi dengan semakin meningkatnya kepekaan terhadap martabat manusia, maka penataan hubungan antar manusia, termasuk hubungan yang timbul dari transaksi terapeutik juga dihubungkan dengan hak manusia. Hal ini terbukti dari pengakuan secara universal, bahwa

⁷Voronica komalawati, *Peranan informed consent dalam transaksi terapeutik*, PT Citra Aditya Bakti, Bandung, 2002

perjanjian terapeutik (transaksi terapeutik) bertumpu pada 2 (dua) macam hak asasi, yaitu hak untuk menentukan nasib sendiri (*the right to self determination*), dan hak untuk mendapatkan informasi (*the right to information*).

Didasarkan kedua hak tersebut, maka dalam menentukan tindakan medis yang akan dilakukan oleh dokter terhadap pasien, harus ada *informed consent* (persetujuan yang didasarkan atas informasi atau penjelasan), yang di Indonesia diterjemahkan sebagai persetujuan tindakan medis.

Pasal 13 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 290/Menkes/Per/III/2008 mengatur secara khusus mengenai siapa yang memiliki *legal standing* untuk memberikan persetujuan terhadap *informed consent* terutama terkait dengan tindakan medis yang berisiko tinggi, yaitu⁸ :

- a. Pasien sendiri, yaitu apabila telah berumur 21 tahun dan sudah atau telah menikah.
- b. Ayah/ibu/saudara kandung pasien, yaitu apabila pasien berumur dibawah 21 tahun.
- c. Ayah/ibu adopsi/saudara kandung pasien, yaitu apabila pasien berumur dibawah 21 tahun dan tidak mempunyai orang tua atau orang tuanya berhalangan hadir.
- d. Ayah/ibu kandung/wali yang sah/saudara kandung, yaitu apabila pasien dewasa dengan gangguan mental.
- e. Wali/kurator, yaitu apabila pasien dewasa yang berada dibawah pengampuan.
- f. Suami/istri/ayah/ibu/anak/saudara kandung, yaitu apabila pasien dewasa yang telah menikah atau orang tua.

⁸Darmadipura, *Loc. Cit.*

2.2. Perlindungan Hukum Hak-Hak Pasien dan Rumah Sakit dalam Peraturan Perundang-Undangan dan Efektivitas Implementasinya

2.2.1. Perlindungan Hak Pasien Menurut Peraturan Perundang-Undangan

Dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran menyebutkan bahwa pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada dokter atau dokter gigi.⁹ Dari pengertian tersebut dapat diambil kesimpulan bahwa pasien yaitu:

- a. setiap orang;
- b. menerima/memperoleh pelayanan kesehatan;
- c. secara langsung maupun tidak langsung; dan
- d. dari tenaga kesehatan.

Selain menganalisa pengertian dari pasien perlu juga kita telaah pengertian dari konsumen, mengingat pembahasan pada bagian ini kedudukan pasien adalah sangat erat kaitannya dengan posisinya sebagai konsumen.

Menurut Pasal 1 angka (2) Undang-Undang Perlindungan Konsumen, dijelaskan bahwa Konsumen adalah setiap orang pemakai barang dan/atau jasa yang tersedia dalam masyarakat, baik bagi kepentingan diri sendiri, keluarga, orang lain, ataupun makhluk hidup lain dan tidak untuk diperdagangkan. Berdasarkan pengertian tersebut, maka yang dimaksud konsumen adalah konsumen akhir.¹⁰

Manusia sebagai makhluk sosial pasti membutuhkan orang lain dalam memenuhi kebutuhannya, termasuk orang yang sedang sakit. Orang yang sedang sakit (pasien) yang tidak dapat menyembuhkan penyakit yang dideritanya, tidak ada pilihan lain selain meminta pertolongan dari orang yang dapat menyembuhkan penyakitnya, yaitu tenaga kesehatan. Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau ketrampilan

⁹Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran, Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4431), Pasal 1 Angka 10.

¹⁰ Undang-Undang Nomor 8 tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3821.

melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.¹¹

Pasien tentu akan berhubungan dengan pihak ketiga, baik itu dokter maupun tempat pelayanan kesehatan dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Harus diakui bahwa hubungan pasien dengan tenaga kesehatan pada umumnya, khususnya hubungan dokter dengan pasien adalah hubungan yang unik yang meliputi hubungan medik, hubungan hukum, hubungan non hukum, hubungan ekonomi dan hubungan sosial. Hubungan-hubungan tersebutlah yang mengakibatkan adanya perbedaan pandangan dalam mengartikan pasien.

Sebagian orang berpendapat bahwa pasien dapat digolongkan sebagai konsumen dan dokter sebagai pelaku usaha dalam bidang kesehatan, sehingga aturan-aturan yang ada dalam Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan konsumen (selanjutnya disebut UUPK) berlaku bagi hubungan dokter dan pasien. Dengan demikian, pasien dikategorikan sebagai konsumen atau pengguna jasa medis. Dalam hal ini tenaga kesehatan dapat ditemui oleh pasien di tempat-tempat yang memberikan layanan kesehatan seperti Puskesmas, Balai Kesehatan, tempat Praktek Dokter dan Rumah Sakit. Hal tersebut dikarenakan ada hubungan timbal balik antara pasien dan konsumen yaitu pelaku usaha memberikan jasa dan konsumen memperoleh jasa dan membayar imbalan atas jasa tersebut.

Undang-Undang dalam bidang kesehatan tidak menggunakan istilah konsumen dalam menyebutkan pengguna jasa rumah sakit (pasien). Tetapi untuk dapat mengetahui kedudukan pasien sebagai konsumen atau tidak, maka kita dapat membandingkan pengertian pasien dan konsumen.

Tenaga kesehatan menurut Pasal 1 angka 1 Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan yaitu “setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan untuk melakukan upaya kesehatan.”

Karena rumusan tenaga kesehatan itu meliputi setiap orang, perlu dirinci lebih lanjut siapa saja yang masuk dalam kualifikasi sebagai tenaga kesehatan. Menurut Pasal 2

¹¹ Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Pasal 1 angka 6.

ayat (1) Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan yang dimaksud dengan tenaga kesehatan ialah terdiri dari:

1. tenaga medis
2. tenaga keperawatan dan kebidanan
3. tenaga kefarmasian;
4. tenaga kesehatan masyarakat;
5. tenaga kesehatan lingkungan
6. tenaga gizi
6. tenaga keterampilan fisik;
7. tenaga kesehatan medis.
8. tenaga kesehatan lainnya

Pelayanan kesehatan merupakan salah satu bentuk jasa sesuai dengan pengertian Undang-Undang Perlindungan Konsumen tersebut, hal ini karena pelayanan kesehatan menyediakan prestasi berupa pemberian pengobatan kepada pasien yang disediakan untuk masyarakat luas tanpa terkecuali.

Dengan kata lain bahwa pengertian pasien sebagai konsumen jasa pelayanan medis adalah "Setiap orang pemakai jasa layanan atau prestasi kesehatan yang dilakukan oleh dokter dan disediakan bagi masyarakat."¹²

Hukum pada umumnya diartikan sebagai keseluruhan kumpulan peraturan-peraturan tertulis atau kaidah-kaidah dalam suatu masyarakat sebagai susunan sosial, keseluruhan peraturan tingkah laku yang berlaku dalam suatu kehidupan bersama, yang dapat dipaksakan pelaksanaannya dengan suatu sanksi.¹³ Menurut Van Apeldoorn, tujuan hukum ialah mengatur tata tertib masyarakat secara damai dan adil. perdamaian di antara manusia dipertahankan oleh hukum dengan melindungi kepentingan-kepentingan manusia yang tertentu, kehormatan, kemerdekaan, jiwa, harta, dan sebagainya terhadap yang merugikannya.

Pengaturan perlindungan hukum pasien dalam berbagai peraturan dibuat oleh Pemerintah (pembuat kebijakan) dalam rangka melindungi kepentingan antara berbagai pihak dalam pelayanan kesehatan. Perlindungan hukum bagi pasien

¹² Ardian Silva Kumia, "Kajian Yuridis Perlindungan Hukum Bagi Pasien dalam Perjanjian Transpetik (Transaksi Medis)", Tesis, 2010, Fakultas Hukum Universitas Sumatera Utara, h. 106.

¹³ Sudikno Mertokusumo, *Mengenal Hukum Suatu Pengantar*, Liberty, Yogyakarta, 1985, h.

menyangkut berbagai hal yaitu masalah hubungan hukum pasien dengan tenaga kesehatan, hak dan kewajiban para pihak dan pertanggungjawaban dan aspek penegakan hukumnya.

Pengaturan mengenai perlindungan hukum pasien ini tersebar dalam berbagai peraturan perundang-undangan yaitu:

1. Dalam Kitab Undang-Undang Hukum Perdata (KUHPerdata)

KUHPerdata memuat berbagai kaidah berkaitan dengan hubungan-hubungan hukum dan masalah-masalah pelaku usaha penyedia barang dan/atau jasa dan konsumen pengguna barang atau jasa tersebut. Hubungan antara pasien dengan dokter maupun rumah sakit adalah apa yang dikenal sebagai perikatan (*verbinten*). Dasar dari perikatan yang berbentuk antara dokter pasien biasanya adalah perjanjian, tetapi dapat saja terbentuk perikatan berdasarkan undang-undang.¹⁴

Berdasarkan perjanjian teraupetik, dasar untuk pertanggung jawaban medis adalah wanprestasi (Pasal 1234 KUHPerdata) dan *onrechtmatige daad* (perbuatan melawan hukum) yang terdapat dalam Pasal 1365 KUHPerdata. Terdapat perbedaan antara pengertian wanprestasi dengan perbuatan melanggar hukum (*onrechtmatige daad*). Wanprestasi (ingkar janji) adalah suatu keadaan dimana debitur dalam hal ini rumah sakit dan/atau tenaga medis tidak melakukan kewajibannya bukan karena keadaan memaksa (*overmacht*).

Dokter yang melakukan penyimpangan berupa ingkar janji atau cedera janji atas perjanjian teraupetik, maka dokter tersebut memiliki tanggung jawab secara perdata seperti diatur dalam Pasal 1239 KUHPerdata, yaitu: "Tiap perikatan untuk berbuat sesuatu, atau untuk tidak berbuat sesuatu, wajib diselesaikan dengan memberikan penggantian biaya, kerugian, dan bunga, bila debitur tidak memenuhi janjinya."¹⁵

Seorang pasien atau keluarganya yang menganggap bahwa dokter tidak melakukan kewajiban-kewajiban kontraktualnya dapat menggugat dengan alasan wanprestasi dan menuntut agar mereka memenuhi syarat-syarat tersebut. Pasien juga dapat menuntut kompensasi secara materil dan immaterial atas kerugian yang dideritanya. Namun jika perbuatan atau tindakan dokter yang bersangkutan berakibat merugikan pasien dan merupakan perbuatan yang melawan hukum seperti yang diatur dalam

¹⁴ Wila Chandrawati Supriadi, *Hukum Kedokteran*, Mandar Maju, Bandung, 2001, hal.29.

¹⁵ Solahuddin, *Kitab Undang-Undang Hukum Perdata*, Visimedia, Jakarta 2007, h. 316.

Pasal 1370 dan 1371 KUHPPerdata, maka dokter tersebut bertanggung jawab untuk mengganti kerugian kepada pasien walaupun tidak adanya hubungan kontraktual. Pasal 1370 dan Pasal 1371 berbunyi:

Pasal 1370

Dalam hal pembunuhan (menyebabkan matinya orang lain) dengan sengaja atau kurang hati-hati seseorang, maka suami dan isteri yang ditinggalkan, anak atau orang tua korban yang biasanya mendapat nafkah dari pekerjaan korban, mempunyai hak untuk menuntut suatu ganti rugi, yang harus dinilai menurut kedudukannya dan kekayaan kedua belah pihak serta menurut keadaan.

Pasal 1371

Penyebab luka atau cacatnya suatu anggota badan dengan sengaja atau kurang hati-hati, memberikan hak kepada korban, selain penggantian biaya-biaya penyembuhan, juga menuntut penggantian kerugian yang disebabkan oleh luka atau cacat tersebut.

Tuntutan kerugian selain diajukan kepada dokter sebagai individu, juga dapat dilakukan pasien kepada rumah sakit atau tempat pelayanan kesehatan lain. Rumah sakit dapat dituntut akibat tindakan dari dokter maupun tenaga kesehatan lain yang terdapat di rumah sakit tersebut yang menyebabkan kerugian bagi orang lain. Hal ini berdasarkan Pasal 1367 KUHPPerdata yang berbunyi: Seseorang tidak hanya bertanggungjawab atas kerugian yang disebabkan perbuatannya sendiri, melainkan juga atas kerugian yang disebabkan perbuatan orang-orang yang menjadi tanggungannya, atau disebabkan barang-barang yang berada di bawah penguasannya.¹⁶

2. Dalam Kitab Undang-Undang Hukum Perdata (KUHPPerdata)

Perlindungan hak pasien juga diatur dalam Hukum pidana yang menganut asas "Tiada pidana tanpa kesalahan", selanjutnya dalam Pasal 2 KUHP disebutkan, "Ketentuan pidana dalam perundang-undangan Indonesia diterapkan bagi setiap orang yang melakukan suatu delik di Indonesia". Perumusan pasal ini menunjukkan bahwa setiap orang yang berada dalam wilayah hukum Indonesia, dapat dimintakan pertanggungjawabannya pidana atas kesalahan yang dibuatnya. Berdasarkan ketentuan itu, profesi dokter tidak terlepas dari ketentuan pasal tersebut. Apalagi

¹⁶*Ibid.*

seorang dokter dalam pekerjaannya sehari-hari selalu berkecimpung dengan perbuatan yang diatur dalam KUHP.

Sekalipun hukum pidana mengenai adanya penghapusan pidana dalam pelayanan kesehatan, yaitu alasan pembeda dan alasan pemaaf sebagaimana halnya yang terdapat di dalam yurisprudensi, namun tidak serta merta alasan pembeda dan pemaaf tersebut menghapus suatu tindak pidana bagi profesi dokter.¹⁷ Pada alasan pembeda, yang dihapus adalah sifat “melanggar hukum” dari suatu perbuatan, sehingga yang dilakukan oleh terdakwa menjadi suatu perbuatan yang patut dan benar. Pada alasan pemaaf yang dihapus adalah kesalahan terdakwa, perbuatan yang dilakukan oleh terdakwa tetap dipandang sebagai perbuatan yang melanggar hukum, akan tetapi tidak dipidana karena tidak ada kesalahan.¹⁸ Salah satu contoh yurisprudensi mengenai alasan pembeda maupun pemaaf yaitu Putusan Mahkamah Agung R.I. No. 81K/Kr/1973, dimana dalam yurisprudensi tersebut terlihat adanya alasan penghapusan pidana yang berada di luar undang-undang. Dengan demikian bagi seorang dokter yang melakukan perawatan, jika terjadi penyimpangan terhadap suatu kaidah pidana, sepanjang dokter yang bersangkutan melakukannya dengan memenuhi standar profesi yang bersangkutan melakukannya dengan memenuhi standar profesi dan standar kehati-hatian, dokter tersebut masih tetap dianggap telah melakukan peristiwa pidana, hanya saja kepadanya tidak dikenakan suatu pidana, jika memang terdapat alasan yang khusus untuk itu, yaitu alasan penghapusan pidana, seperti tindakan yang dilakukan dalam keadaan gawat darurat ataupun terjadinya resiko medis.

Beberapa perbuatan yang dapat dikategorikan dalam tindak pidana adalah:¹⁹

- 1) tindak pelanggaran kesopanan (Pasal 290, 294, 285, dan 286 KUHP);
- 2) sengaja membiarkan pasien tidak tertolong (Pasal 304 KUHP);
- 3) pengguguran kandungan tanpa indikasi medis (Pasal 299, 384, dan 349 KUHP);
- 4) membocorkan rahasia medis (Pasal 322 KUHP);
- 5) lalai sehingga menyebabkan kematian dan luka-luka (Pasal 359, 360, dan 361 KUHP);

¹⁷ Bahder Johan Nasution, *Hukum Kesehatan Pertanggungjawaban Dokter*, Rineka Cipta, Jakarta, 2005, hal.11

¹⁸ *Ibid.* h. 75.

¹⁹ Pitono Soeparto, dkk, *Etik dan Hukum di Bidang Kesehatan*, Surabaya: Airlangga University Press, Surabaya, 2008, hal.147.

- 6) memberikan atau menjual obat palsu (Pasal 386 KUHP);
- 7) membuat surat keterangan palsu (Pasal 263 dan 267 KUHP);
- 8) melakukan euthanasia (Pasal 344 KUHP); dan
- 9) membocorkan rahasia medis (Pasal 322 KUHP)
- 10) menipu pasien (Pasal 378 KUHP);

Beberapa tahun terakhir ini, kita sering mendengar banyaknya kejadian malpraktik medis yang dilakukan baik oleh pihak rumah sakit maupun dari dokter/ tenaga kesehatan. Malpraktik medis secara terminologi berasal dari bahasa Inggris “*medical malpractice*” yang berarti ketidakhatian-hatian dari seseorang dalam menjalankan profesinya.²⁰ Dalam kejadian malpraktik medis ini, pasien atau keluarganya dapat menggugat secara perdata (*civil malpractice*) dan dapat pula menuntut secara pidana (*criminal malpractice*). *Criminal malpractice* terjadi, apabila seorang dokter atau pihak tenaga kesehatan di Rumah Sakit dalam menangani suatu kasus telah melanggar hukum pidana dan menempatkan dirinya sebagai seorang tertuduh.²¹ Dalam kejadian malpraktik medis ini, harus diperhatikan secara cermat apakah tindakan yang dilakukan oleh dokter sudah sesuai dengan kewajibannya dan sudah sesuai dengan transaksi terapeutik atau tidak dan apakah dalam pengambilan keputusan untuk melakukan tindakan tersebut ada kaitannya dengan pihak-pihak di rumah sakit selain dokter yang bersangkutan.

3. Berdasarkan Undang-Undang perlindungan Konsumen

Berdasarkan uraian mengenai hubungan antara pasien dengan konsumen sebelumnya, maka perlindungan hukum bagi pasien juga termasuk dalam perlindungan konsumen yang diatur Dalam Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen.

Pasien sebagai konsumen juga mendapat perlindungan hukum sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Perlindungan Konsumen (UUPK). Menurut Pasal 1 angka 1 UUPK menegaskan bahwa perlindungan hukum bagi konsumen adalah segala upaya yang menjamin adanya kepastian hukum untuk memberikan perlindungan kepada konsumen. Kepastian hukum untuk memberikan perlindungan kepada konsumen itu antara lain adalah dengan meningkatkan harkat dan martabat konsumen serta

²⁰ *Ibid.*

²¹ Pitono Soeparto, *Op. Cit.*, hal. 150 .

membuka akses informasi tentang barang dan/atau jasa baginya, dan menumbuhkan kembangkan sikap pelaku usaha yang jujur dan bertanggung jawab. Adapun tujuan perlindungan konsumen sesuai dengan Pasal 3 UUPK adalah:

- 1) Meningkatkan kesadaran, kemampuan, dan kemandirian konsumen untuk melindungi diri;
- 2) Mengangkat harkat dan martabat konsumen dengan cara menghindarkannya dari ekses negatif pemakaian barang dan/atau jasa;
- 3) Meningkatkan pemberdayaan konsumen dalam memilih, menentukan dan menuntut hak-hak sebagai konsumen;
- 4) Menciptakan sistem perlindungan konsumen yang mengandung unsur kepastian hukum dan keterbukaan informasi serta akses untuk mendapatkan informasi;
- 5) Menumbuhkan kesadaran pelaku usaha mengenai pentingnya perlindungan konsumen sehingga tumbuh sikap yang jujur dan bertanggung jawab dalam berusaha;
- 6) Meningkatkan kualitas barang dan/atau jasa yang menjamin kelangsungan usaha produksi barang dan/atau jasa, kesehatan, kenyamanan, keamanan, dan keselamatan konsumen.

Undang-Undang ini memang tidak menyebutkan secara spesifik hak dan kewajiban pasien, tetapi karena pasien juga merupakan konsumen yaitu konsumen jasa kesehatan maka hak dan kewajibannya juga mengikuti hak dan kewajiban konsumen secara keseluruhan.

Adapun hak konsumen yaitu²²:

- a. hak untuk memilih barang dan/atau jasa serta mendapatkan barang dan/atau jasa tersebut sesuai dengan nilai tukar dan kondisi serta jaminan yang dijanjikan;
- b. hak atas informasi yang benar, jelas, dan jujur mengenai kondisi dan jaminan barang dan/atau jasa;
- c. hak untuk didengar pendapat dan keluhannya atas barang dan/atau jasa yang digunakan;

²² Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen, Pasal 4.

- d. hak untuk mendapatkan advokasi, perlindungan, dan upaya penyelesaian sengketa perlindungan konsumen secara patut;
- e. hak untuk mendapat pembinaan dan pendidikan konsumen;
- f. hak untuk diperlakukan atau dilayani secara benar dan jujur serta tidak diskriminatif berdasarkan suku, agama, budaya, daerah, pendidikan, kaya, miskin dan status sosial lainnya;
- g. hak untuk mendapatkan kompensasi, ganti rugi dan/atau penggantian. Apabila barang dan/atau jasa yang diterima tidak sesuai dengan perjanjian atau tidak sebagaimana mestinya; dan
- h. hak-hak yang diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan lainnya.
- i. hak atas kenyamanan, keamanan, dan keselamatan dalam mengkonsumsi barang dan atau jasa;

Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen selain mengatur mengenai hak dan kewajiban konsumen dan pelaku usaha, dalam Bab VI Pasal 19 sampai dengan Pasal 28 juga mengatur tentang tanggung jawab pelaku usaha. Pada intinya dianut prinsip *strict liability*, yakni pelaku usaha bebas dari kewajiban untuk memberikan ganti rugi kepada konsumen, dalam hal pelaku usaha dapat membuktikan bahwa kesalahan tersebut adalah kesalahan konsumen.

4. Berdasarkan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dibentuk demi memenuhi kebutuhan hukum masyarakat akan pelayanan kesehatan dan juga sebagai pengganti Undang-Undang sebelumnya yaitu undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992. Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Perwujudan hak asasi tersebut kemudian diatur lebih lanjut dalam hak dan kewajiban setiap orang dalam memperoleh kesehatan. Hak setiap orang dalam hal kesehatan yaitu:

- a. Hak untuk mendapatkan kesehatan;
- b. Hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan;
- c. Hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan

terjangkau;

- d. Hak untuk menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya;
- e. Hak mendapatkan lingkungan yang sehat bagi pencapaian derajat kesehatan;
- f. Hak mendapatkan informasi dan edukasi tentang kesehatan yang seimbang dan bertanggung jawab;
- g. Hak memperoleh informasi tentang data kesehatan dirinya termasuk tindakan dan pengobatan yang telah maupun akan diterimanya dari tenaga kesehatan

5. Dalam Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran

Dalam pelaksanaan praktik kedokteran, pasien dalam menerima pelayanan pada praktik kedokteran, mempunyai hak:

- 1) mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang tindakan medis;
- 2) meminta pendapat dokter atau dokter gigi lain;
- 3) mendapatkan pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis;
- 4) menolak tindakan medis; dan
- 5) Mendapat isi rekam medis.

6. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit

Rumah Sakit selaku penyelenggara pelayanan kesehatan wajib memberikan perlindungan kepada seluruh pengguna jasa pelayanan kesehatan (pasien). Perlindungan ini diberikan melalui hak-hak pasien yang harus diberikan oleh pihak rumah sakit sebagaimana tertuang dalam Pasal 32 Undang-Undang ini.

Setiap pasien mempunyai hak:

- 1) memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di rumah sakit;
- 2) memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien;
- 3) memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi;
- 4) memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;
- 5) memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi;
- 6) mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan;

- 7) memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
- 8) meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Izin Praktik (SIP) baik di dalam maupun di luar Rumah Sakit;
- 9) mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya;
- 10) mendapatkan informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan;
- 11) memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya;
- 12) didampingi keluarganya dalam keadaan kritis;
- 13) menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya;
- 14) memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit;
- 15) mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan Rumah Sakit terhadap dirinya;
- 16) menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya;
- 17) menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang sesuai dengan standar baik secara perdata atau pidana; dan
- 18) mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai standar pelayanan melalui media cetak elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Rumah Sakit selain memberikan hak pasien, juga harus senantiasa menjaga keselamatan pasien sesuai dengan standar keselamatan pasien. Standar keselamatan pasien dilaksanakan melalui pelaporan insiden, menganalisa, dan menetapkan pemecahan masalah dalam rangka menurunkan angka kejadian yang diharapkan.²³ Selain itu rumah sakit bertanggung jawab secara hukum terhadap semua kerugian

²³ Pasal 43 ayat (1) dan (2) Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit

yang ditimbulkan atas kelalaian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di Rumah Sakit.²⁴ Jadi apabila pasien atau pengguna jasa Rumah Sakit tidak mendapatkan hak-haknya sebagai pasien baik itu karena kelalaian atau kesengajaan tenaga kesehatan, maka pihak Rumah Sakit wajib bertanggungjawab atas kerugian pasien tersebut. Untuk mengetahui keluhan pasien terhadap pelayanan rumah sakit ataupun pemenuhan hak pasien, biasanya di beberapa Rumah sakit besar terdapat Unit Pengaduan Pasien yang berfungsi sebagai tempat mengadu para pasien atas tindakan kelalaian atau kesengajaan tenaga kesehatan maupun ketidakpuasan atas pelayanan rumah sakit.

2.2.2.Sistem Tanggung Gugat Medis

Rumah Sakit sebagai sarana pelayanan kesehatan terhadap masyarakat melibatkan dokter sebagai pegawai ataupun mitra dalam menjalankan tugas pelayanan kesehatan terhadap pasien, sehingga bila terjadi gugatan atau tuntutan dari pasien akibat kegagalan dalam pelayanan medis di rumah sakit maka rumah sakit ikut bertanggung jawab.

Terkait dengan Pasal 1367 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, Direktur Rumah Sakit ikut berbagi tanggung jawab bila ada kesalahan dari dokter yang menjadi tanggung jawabnya, hal ini disebut sebagai *vicarius liability*. Dengan prinsip ini maka rumah sakit dapat bertanggung gugat atas kesalahan yang dilakukan dokter-dokternya (sub-ordinatnya), asalkan dapat dibuktikan bahwa tindakan dokter itu dalam rangka melaksanakan kewajiban rumah sakit.

Tanggung jawab rumah sakit terhadap dokter itu dibedakan menjadi 2 (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 bila hal ini sampai ke pengadilan. Namun apabila sengketa dokter dengan pasien ini dapat diselesaikan dengan musyawarah, maka yang menyangkut biaya rumah sakit dibebaskan. Ini merupakan perwujudan tanggung jawab moral dari rumah sakit. Saat ini klaim malpraktik banyak dilakukan melalui mekanisme asuransi malpraktik.

²⁴ Pasal 46 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit

Sistem tanggung gugat medis melalui asuransi malpraktik sebenarnya sangat berkembang di Amerika Serikat. Namun reformasi penjaminan kesehatan melalui asuransi malpraktik ini mengalami krisis yang melanda Amerika. Krisis tersebut berkaitan dengan permintaan adanya intervensi pemerintah Amerika dalam sistem jaminan kesehatan melalui *medical malpractice*. Intervensi tersebut ditujukan agar pemerintah Amerika dapat mengurangi biaya (*cost*) atas klaim malpraktik sehingga dapat meningkatkan kemampuan asuransi malpraktik dalam tujuannya menjamin kerugian pasien. Reformasi atas sistem penjaminan tersebut sebenarnya dimulai pada akhir tahun 1970, 1980 dan akhir tahun 2000.

Penerapan model penjaminan melalui asuransi malpraktik sangat erat kaitannya dengan hubungan hukum yang terjadi antara pasien dan dokter. Di Amerika, malpraktik yang dilakukan oleh dokter dikategorikan sebagai *tort*. Reformasi atas mekanisme penjaminan oleh asuransi malpraktik juga sangat berkaitan dengan *tort reform*. Reformasi *tort* tersebut pada dasarnya berkaitan dengan batas klaim ganti rugi, biaya perkara, proses peradilan dan dasar tanggung gugat.

Seperti yang telah disinggung di atas, bahwa klaim ganti rugi melalui asuransi malpraktik juga membutuhkan biaya tinggi dan tidak menjamin adanya keadilan dan *fairness*. Hal ini terbukti bahwa pengenaan ganti kerugian (non ekonomis) dan biaya perkara berdampak pada tingginya nilai klaim yang diajukan dan membuat beban asuransi malpraktik semakin tinggi. Pada prinsipnya batasan klaim ganti rugi ditujukan untuk klaim ganti kerugian non ekonomis yang tidak secara langsung berkaitan dengan kerugian yang diderita oleh pasien. Batasan klaim ganti rugi non ekonomis ini sangat sulit untuk ditentukan nilainya dan terkadang hakim memberikan pengenaan ganti rugi yang sangat tinggi. Reformasi yang dilakukan mengarah kepada pengenaan beban ganti rugi yang wajar atas terjadinya malpraktik. Semakin tinggi biaya yang dipergunakan untuk proses klaim (*claim defense expenses*) yang dikeluarkan oleh asuransi malpraktik akan berdampak pada semakin besarnya jumlah ganti kerugian yang diterima oleh pasien. Oleh karenanya beban klaim ganti kerugian oleh pasien juga harus ditentukan dan dinilai

secara proporsional sehingga asuransi malpraktik juga dapat menjamin akses kesehatan (*access to care*) bagi pasien.²⁵

Begitupula di Indonesia yang menganut *Civil Law System*, model penyelesaian sengketa antara dokter dan pasien akibat adanya malpraktik seharusnya juga diikuti dengan reformasi dalam dunia praktik kedokteran. Sebenarnya hal ini sudah dimulai dengan keterbukaan dokter untuk memberikan informasi mengenai kondisi pasien. Prinsip *disclosure* atau keterbukaan atas informasi pasien merupakan langkah awal dalam menentukan besar dan beban pengenaan klaim ganti rugi yang diajukan oleh pasien apabila terjadi malpraktik. Sehingga asuransi malpraktik juga dapat mengevaluasi penentuan besarnya klaim ganti rugi. Harmonisasi antara peraturan-peraturan di bidang kesehatan dan model penyelesaian sengketa medik yang memadai akan dapat menciptakan sistem penjaminan kesehatan yang berorientasi pada kepentingan pasien dan dokter secara proporsional.

²⁵ Jan M. Ambrose and Anne Carroll, *Medical Malpractice Reform and Insurer Claims, Defense: Unintended Effects? Round Table Viewpoints Business Law*, McGraw Hill, New York, 2009, h. 4-13.

BAB 3 TUJUAN DAN MANFAAT

3.1. TUJUAN

3.1.1. TUJUAN UMUM

Menganalisis, implementasi peraturan perundang-undangan mengenai perlindungan hukum atas hak pasien di rumah sakit dan mekanisme penyelesaian sengketa antara dokter dan pasien

3.1.2. TUJUAN KHUSUS

1. Mengkaji hubungan hukum antara pasien dan dokter di rumah sakit.
2. Mengkaji faktor sosiologis yang mempengaruhi implementasi peraturan mengenai perlindungan hukum atas hak pasien di rumah sakit.
3. Mengkaji pelaksanaan kegiatan kendali mutu rumah sakit melalui komite medik.
4. Mengkaji pelaksanaan upaya peningkatan keselamatan pasien melalui tim keselamatan pasien rumah sakit atau komite keselamatan pasien rumah sakit.
5. Mengkaji makna perlindungan hukum atas hak pasien di rumah sakit bagi manajemen rumah sakit, profesi kedokteran dan pasien.
6. Mengkaji bentuk perlindungan hukum dan upaya pemulihan atas hak pasien menurut kebutuhan pasien dan manajemen rumah sakit melalui suatu *medical liability system* yang dapat diusulkan untuk dikembangkan.

3.2. MANFAAT

a. Bagi penentu kebijakan

Memberi masukan untuk penyempurnaan bentuk dan mekanisme perlindungan hukum atas hak pasien di rumah sakit.

b. Bagi pengelola rumah sakit

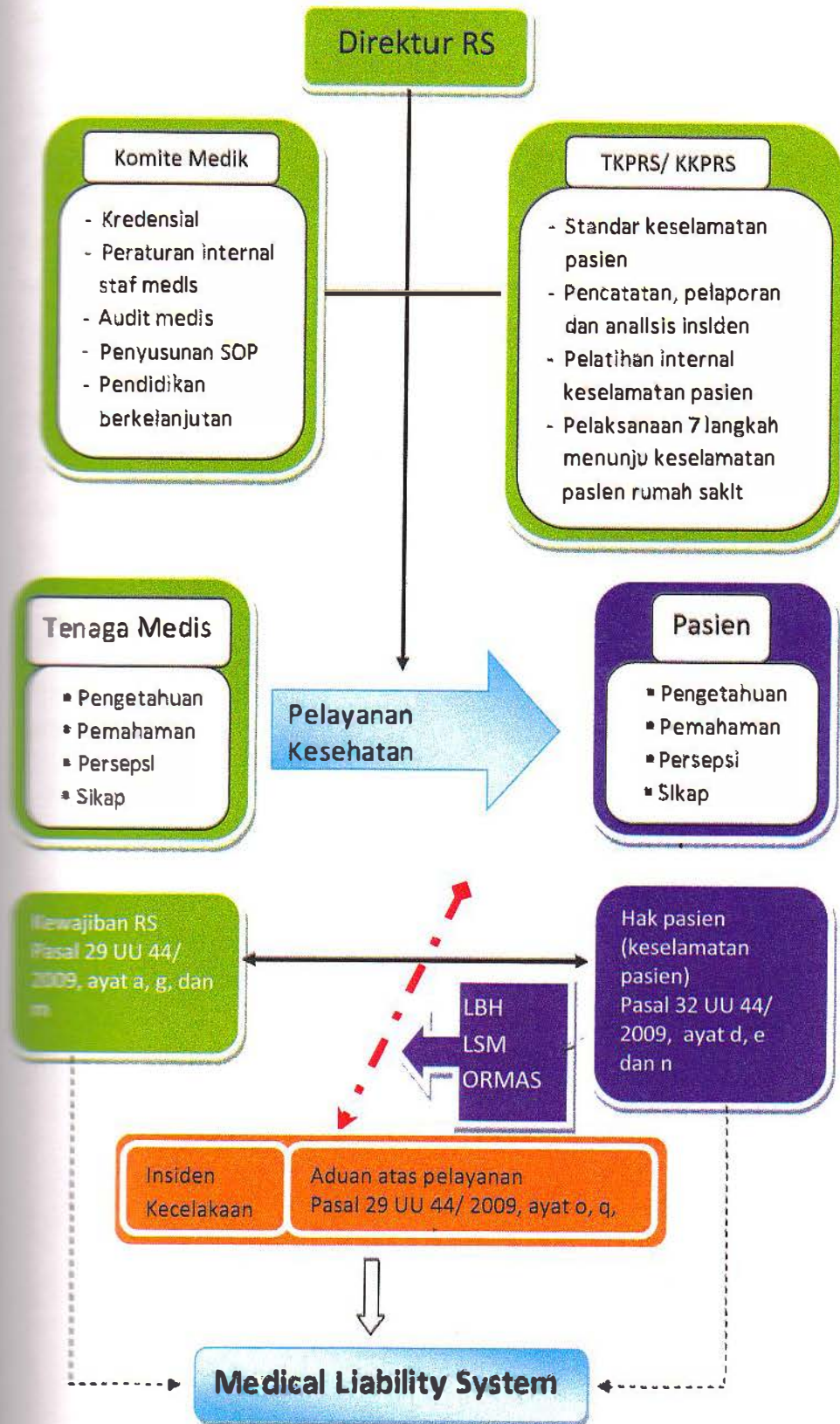
Memberi masukan untuk penyempurnaan bentuk dan mekanisme perlindungan hukum atas hak pasien di rumah sakit sehingga meningkatkan kualitas pelayanan publik yang diberikan.

c. **Bagi masyarakat**

Menjamin kepastian hukum terkait perlindungan akan hak-hak pasien terkait pelayanan medis di rumah sakit.

BAB4
METODE

4.1 Kerangka Konsep Penelitian



4.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini rencananya dilakukan selama delapan bulan di empat belas rumah sakit pemerintah dan swasta yang tersebar di tujuh provinsi. Provinsi yang terpilih adalah Sumatera Utara, DKI Jakarta, Jawa Timur, Jawa Barat, Kepulauan Riau, Kalimantan Barat, dan Jawa Tengah. Pemilihan lokasi penelitian diatas dilakukan berdasar data aduan masyarakat yang tercatat di Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan tahun 2010 dan 2011. Sumatera Utara, DKI Jakarta, Jawa Timur, Jawa Barat dipilih karena dalam provinsi tersebut terdapat aduan yang dilaporkan kepada Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan. Sedangkan Kepulauan Riau, Kalimantan Barat dipilih sebagai upaya melakukan verifikasi (tri-angulasi) pada keberadaan kasus sengketa medik pada daerah yang tidak terdapat data aduan kepada Direktorat Jendral Bina Upaya Kesehatan tahun 2010 dan 2011.

Pada pelaksanaannya, penelitian ini dilakukan di enam provinsi. Provinsi DKI Jakarta tidak lagi menjadi tempat penelitian karena terdapat kendala teknis. Terdapat satu rumah sakit yang menolak menjadi obyek penelitian karena sedang menjalani proses akreditasi JCI, dalam proses persiapan dan penilaian akreditasi JCI pada rumah sakit tersebut menyita tenaga dan konsentrasi sehingga dikhawatirkan membuat rangkaian kegiatan penelitian ini tidak dapat terlaksana secara optimal yang akhirnya pihak rumah sakit menolak menjadi subyek penelitian.

Berikut merupakan daftar nama rumah sakit yang menjadi lokasi penelitian ini.

Tabel 4.1. Daftar Nama Rumah Sakit yang Menjadi Lokasi Penelitian

No	Provinsi	Kabupaten/Kota	Nama RS	Status Kepemilikan
1	Sumatera Utara	Medan	RSUP H. Adam Malik	KemKes RI
			RS Elisabeth	Swasta
2	Kepulauan Riau	Tanjung Pinang	RSAL Midiyato	TNI-AL
		Batam	RS Awal Bros	Swasta
3	Kalimantan Barat	Sanggau	RSUD Sanggau	Pemkab
4	Jawa Barat	Bandung	RSUP Hasan Sadikin	KemKes RI
			RS Boromeus	Swasta
5	Jawa Tengah	Semarang	RSUP Dr. Kariadi	KemKes RI
6	Jawa Timur	Surabaya	RSUD Soewandhi	Penkot
			RS Al Irsyad	Swasta

4.3 Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah *cross sectional*, dalam pendekatan sosio-legal yang bersifat deskriptif.

4.4 Desain Penelitian

Desain penelitian ini adalah penelitian sosio-legal. Pemilihan desain ini disesuaikan dengan tujuan penelitian. Dengan desain penelitian sosio-legal, dapat diketahui hukum dalam konteks sosialnya, melakukan analisis terhadap efektivitas hukum dalam masyarakat, baik sebagai sarana pengendalian sosial maupun sebagai sarana untuk mengubah masyarakat agar mencapai keadaan sosial tertentu dan efektivitas hukum yang diamati tersebut dapat dievaluasi sehingga dapat ditemukan hukum yang hidup dalam masyarakat. Pemikiran sosiologi hukum lebih berfokus pada keberlakuan empirik atau faktual dari hukum. Hal ini, memperlihatkan bahwa sosiologi hukum tidak secara langsung diarahkan pada hukum sebagai sistem konseptual, melainkan pada kenyataan sistem kemasyarakatan, yang di dalamnya hukum hadir sebagai pemeran utama. Objek utama sosiologi hukum adalah masyarakat dan pada tingkatan kedua adalah kaidah-kaidah hukum (Anwar, Yesmil dan Adang, 2008).

4.5 Pendekatan Perundang-undangan, Konsep, dan Kasus

Metode penelitian hukum dilakukan melalui pendekatan perundang-undangan (*statute approach*) yang mengatur mengenai hak-hak pasien. Pendekatan konsep juga dilakukan untuk menganalisis norma-norma hukum yang mengatur dan melindungi hak-hak pasien.

Di samping itu pendekatan kasus (*case approach*) juga dilakukan yaitu dengan cara menganalisis putusan-putusan pengadilan mengenai kasus-kasus antara pasien dan dokter yang telah berkekuatan hukum tetap (Marzuki, Peter Machmud: 2010). Di luar itu juga dibutuhkan data-data pendukung seperti jumlah kasus yang sedang diproses dan/atau putusan Majelis Kode Etik Kedokteran dan Majelis Kehormatan Kedokteran IDI serta data-data sengketa dari beberapa rumah sakit.

4.6 Populasi dan Sampel

Dalam penelitian dengan desain kualitatif seperti ini tidak dikenal populasi dan sampel. Unit analisis penelitian ini adalah direktur rumah sakit, ketua TKPRS/ KKPRS, pasien dan keluarga swadaya masyarakat yang pernah mendampingi pasien dalam kasus sengketa medik. Pemilihan lokasi penelitian dilakukan atas dasar ketertarikan peneliti pada karakteristik obyek penelitian, yaitu pemanfaatan rumah sakit yang tinggi oleh masyarakat setempat serta keberadaan *medical liability system* pada suatu rumah sakit.

4.7 Cara Pemilihan dan Penarikan Informan

Pemilihan rumah sakit berdasarkan data sengketa medik yang diperoleh dari Bagian Hukormas Seditjen Bina Upaya Kesehatan KemKes RI. Pertama-tama dipilih lima provinsi dimana paling banyak terjadi kasus sengketa medik, yaitu Sumatera Utara, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah dan Jawa Timur. Untuk melakukan tri-angulasi atas data dipilih dua provinsi lainnya yang, yaitu Kalimantan Barat dan Kepulauan Riau, tidak tercantum dalam laporan sengketa medik di BUK. Hal tersebut bertujuan untuk mengetahui apakah memang ketiadaan aduan ke BUK memang dikarenakan ketiadaan sengketa medik atau menjadi sebuah kasus yang tidak diekspos secara luas. Dengan ketentuan tersebut, didapatkan provinsi yang tidak tercantum dalam laporan sengketa medik di BUK. Kami memilih provinsi Kalimantan Barat dan Kepulauan Riau karena kedua provinsi tersebut berbatasan langsung dengan negara tetangga yang mempromosikan wisata kesehatan. Kepulauan Riau berbatasan dengan Singapura dan Malaysia, sedangkan Kalimantan Barat berbatasan dengan Malaysia. Peneliti memilih daerah perbatasan tersebut untuk mengetahui apakah rumah sakit yang berada di kedua provinsi tersebut memiliki sistem tersendiri untuk meningkatkan perlindungan hukum atas hak pasien, utamanya keselamatan pasien (*patient safety*). Dari masing-masing provinsi yang menjadi daerah penelitian tersebut dipilih dua rumah sakit yang akan menjadi tempat penelitian. Satu rumah sakit yang pernah mengalami sengketa medik dan terdaftar di

laporan sengketa medik BUK. Sedangkan satu rumah sakit lainnya dipilih rumah sakit yang tidak tercantum dalam laporan tersebut.

Pasien yang dipilih sebagai informan terdiri atas pasien rawat jalan dan pasien rawat inap yang telah berusia lebih dari 20 tahun. Pasien rawat jalan dan rawat inap adalah pasien yang menggunakan fasilitas klinik dan rawat inap di bagian penyakit bedah dan penyakit dalam di rumah sakit. Pemilihan ini didasarkan pada asumsi bahwa di kedua bagian ini banyak dilakukan tindakan medis yang berpotensi melanggar hak pasien di rumah sakit dimana perlindungan hukum atas hak pasien perlu mendapat perhatian khusus. Jumlah pasien tidak ditentukan, mengingat penelitian ini adalah penelitian kualitatif. Peneliti akan mewawancarai beberapa pasien hingga data yang didapat jenuh, tidak ada variasi informasi lagi.

Lembaga swadaya masyarakat, lembaga hukum atau lembaga lain yang pernah terlibat dalam upaya perlindungan hukum atas hak pasien di rumah sakit didapat dengan teknik *snowballing*. Informasi bisa didapat dari pihak manajemen rumah sakit, Dinas Kesehatan atau PERSI. Sebagai langkah awal, peneliti akan meminta informasi dari Yayasan Pemberdayaan Konsumen Kesehatan Indonesia (YPKKI), mengingat lembaga ini seringkali tampil untuk memberikan pendapat dan mendampingi kasus sengketa medik yang mencuat di media massa nasional.

4.8 Instrumen dan Cara Pengumpulan Data

Bahan hukum primer didapat dengan menginventarisasi peraturan perundangan terkait hak pasien di rumah sakit. diantaranya Undang Undang No 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Peraturan Menteri Kesehatan No 755 Tahun 2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik, Peraturan Menteri Kesehatan No 1691 Tahun 2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit dan regulasi-regulasi terkait; serta yurisprudensi Mahkamah Agung dalam sengketa antara pasien dan dokter/ rumah sakit.

Bahan hukum sekunder didapat dari buku teks ilmu hukum, jurnal hukum, pendapat ahli dalam literatur dan tulisan ilmiah lainnya yang relevan dengan topik penelitian. Bahan hukum sekunder ini dapat digunakan sebagai rujukan analisis lebih lanjut.

Bahan non hukum lainnya didapat dari wawancara dengan direktur rumah sakit, ketua komite medik dan pasien. Patton (1980:197 dalam Moleong, Lexy J; 2010) membagi wawancara berdasar atas perencanaan pertanyaannya; yaitu (a) wawancara pembicaraan

informal, (b) pendekatan menggunakan petunjuk umum wawancara, (c) wawancara baku terbuka. Penelitian ini menggunakan wawancara dengan pendekatan menggunakan petunjuk umum wawancara. Jenis wawancara ini mengharuskan pewawancara membuat kerangka dan garis besar pokok yang dirumuskan tidak perlu ditanyakan secara berurutan. Petunjuk wawancara hanyalah berisi petunjuk secara garis besar tentang proses dan isi wawancara untuk menjaga agar pokok yang direncanakan dapat seluruhnya tercakup (Moleong, 2010). Pemilihan teknik ini dilakukan agar informasi yang dibutuhkan dapat dimotivasi, maksud dan penjelasan atas data yang dapat diungkapkan oleh informan. Triangulasi data dilakukan dengan cara menanyakan pertanyaan yang sama kepada beberapa pihak terkait dan menelusuri dokumen. Data juga didapatkan dari pengisian kuisioner oleh direktur rumah sakit, ketua komite medik dan ketua LSM yang pernah mendampingi kasus sengketa medik.

Data sekunder digunakan untuk mengkonfirmasi dan menunjang data hasil wawancara. Data sekunder yang dikumpulkan adalah data saran, kritik dan aduan dari pasien yang masuk ke pengelola rumah sakit, beserta tindak lanjut yang dilakukan oleh pihak pengelola RS. Ditambah dengan hasil kegiatan komite medik, tim keselamatan pasien rumah sakit, komite keselamatan pasien rumah sakit dan aturan internal yang dikeluarkan direktur rumah sakit.

4.9 Bahan dan Prosedur Kerja

Prosedur kerja dibagi menjadi tiga tahapan utama, yaitu :

4.9.1 Persiapan

Dalam tahap persiapan dilakukan telaah kepustakaan untuk menyusun proposal penelitian. Seminar proposal diadakan dengan mengundang pakar hukum kesehatan dan penerima manfaat dari penelitian ini untuk menyempurnakan proposal menjadi protokol penelitian. Setelah itu pengajuan izin maupun etik penelitian dilakukan.

Sementara menunggu persetujuan etik dari komisi etik, peneliti terbagi dalam lima kelompok yang masing-masing terdiri dari 2 orang peneliti untuk melakukan persiapan di lima kota. Peneliti akan meminta kerjasama Dinas Kesehatan dan pengurus PERSI setempat untuk kelancaran kegiatan penelitian yang akan dilakukan. Selama di lokasi penelitian itu pula, peneliti memberitahukan rencana dan jadwal penelitian yang akan dilakukan kepada rumah sakit yang terpilih sebagai sampel. Jadwal wawancara

dibcritakan dua minggu sebelum pelaksanaan wawancara agar informan yang diperlukan dapat menyesuaikan jadwal mereka.

4.9.2 Pengumpulan Data

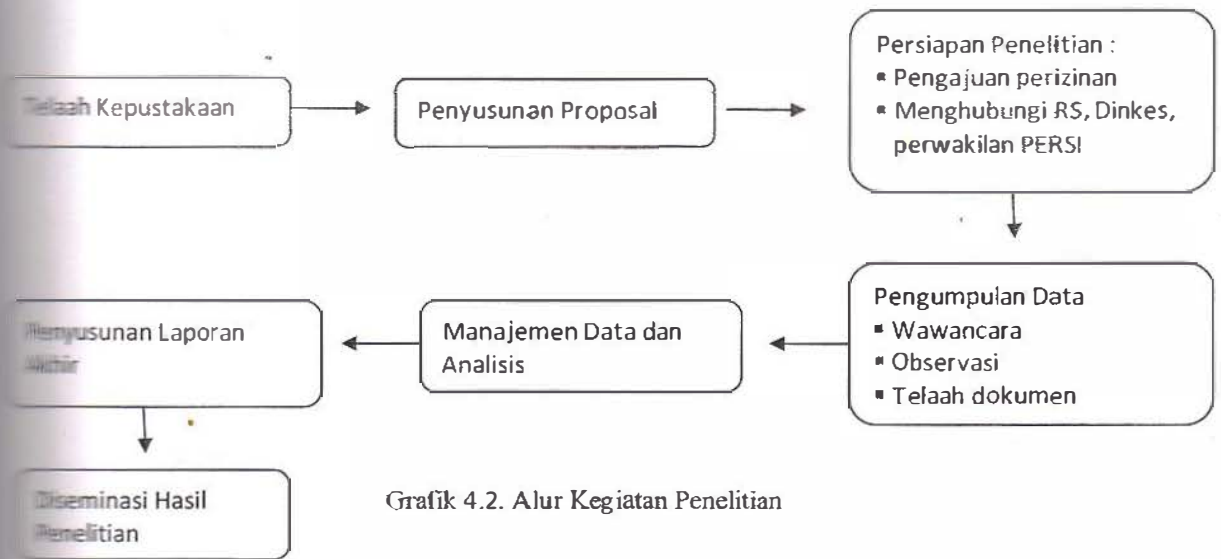
Mengingat komposisi tim peneliti yang memiliki latar belakang keilmuan yang berbeda, maka sebelum pengumpulan data dilakukan kegiatan diskusi untuk penyamaan persepsi. Sehingga data yang dikumpulkan terjaga validitasnya dan sesuai yang dibutuhkan. Instrumen yang digunakan untuk pengumpulan data juga akan diuji coba terlebih dahulu.

Pengumpulan data dilakukan setelah mendapat persetujuan etik, sesuai jadwal yang disepakati bersama dan tenggat waktu yang ditentukan tim peneliti. Tim peneliti melakukan wawancara dengan informan yang telah dipilih.

Tim peneliti dibagi kedalam kelompok yang terdiri atas 3 orang peneliti. Setiap kelompok peneliti bertugas mencari data di satu rumah sakit. Masing-masing peneliti membagi diri untuk melakukan wawancara serta mengumpulkan data penunjang yang diperlukan dengan direktur rumah sakit dan ketua komite medik pada hari pertama. Hal yang sama dilakukan pada hari kedua, dengan informan dari Dinas Kesehatan dan ketua tim keselamatan pasien rumah sakit. Satu orang peneliti lainnya akan melakukan wawancara dengan pasien rawat inap dan pasien rawat jalan. Apabila pada sebuah rumah sakit tidak memiliki komite medik atau tim/ komite keselamatan pasien rumah sakit, maka peneliti yang bertanggung jawab atas hal tersebut akan membantu peneliti ketiga untuk mewawancarai pasien. Pada hari ketiga, ketiga peneliti melakukan wawancara dengan pasien. Jadi pengumpulan data pada satu rumah sakit dilakukan selama tiga hari.

Tabel 4.2. Cara Kerja Peneliti Dalam Pengumpulan Data

	Direktur RS	Ketua KM	Ketua TKPRS/ KKPRS	Dinkes	Pasien
Peneliti 1	Hari 1	-	Hari 2	-	(Hari 2)
Peneliti 2	-	Hari 1	-	Hari 2	(Hari 1)
Peneliti 3	-	-	-	-	Hari 1, 2, 3



Grafik 4.2. Alur Kegiatan Penelitian

4.9.3 Penyusunan Laporan dan Diseminasi Hasil

Data primer berupa rekaman wawancara ditranskrip secara verbatim. Setelah transkrip wawancara tersebut dibaca, dipelajari dan ditelaah, dilakukan pengolahan data hingga analisis akhir. Laporan yang telah disusun dipaparkan kepada penerima manfaat penelitian untuk ditindaklanjuti.

4.10 Manajemen dan Analisis Data

Bahan hukum primer ditelaah dengan pendekatan perundangan (*statute approach*). Bahan non hukum yang telah terkumpul dianalisis secara *thematic-content analysis*. Transkrip wawancara mendalam dibaca, dipelajari dan ditelaah untuk kemudian disarikan berdasarkan tema yang muncul. Setelah itu dilakukan kategorisasi yang dilanjutkan dengan penafsiran data.

4.11. Definisi operasional

- Hak pasien : Hak pasien yang diteliti disini adalah memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional; memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi; memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit; mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan Rumah Sakit terhadap dirinya; menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana; dan mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (UU 44 tahun 2009 pasal 32 ayat d, e, n.)
- Rumah Sakit : institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
- Komite medik : perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (clinical governance) agar staf medis dirumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
- Keselamatan pasien rumah sakit : suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen risiko,

identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit : Tim yang dibentuk oleh rumah sakit dengan tujuan meningkatkan keselamatan pasien rumah sakit.

Audit Medis : Upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis.

BAB 5 HASIL PENELITIAN

Dalam hasil penelitian ini akan disampaikan lima hal yang menjadi tujuan penelitian yaitu :

5.1. Karakteristik hubungan hukum antara pasien dan dokter di rumah sakit.

Salah satu komponen karakteristik yang di lakukan analisis adalah pengetahuan pasien maupun petugas rumah sakit tentang hak pasien di rumah sakit

5.1.1. Pengetahuan Pasien tentang hak pasien

Terlepas dari beragamnya latar belakang pendidikan, pekerjaan/ mata pencarian pasien, pengetahuan pasien mengenai hak pasien di rumah sakit hampir sama. Beberapa pernyataan pasien di rumah sakit menyatakan tentang hak pasien di rumah sakit diantaranya adalah:

“Hak pasien tentu saja mendapat kesembuhan. Dia harus dilayani dengan baik, jangan bentak-bentak. Saya rasa itu saja yang menjadi hak pasien. Kesembuhan itu yang penting”

“Apa ya? Saya nggak tahu apa itu (hak pasien). Saya pengennya cepat baik saja. Kita kesini kan minta tolong. Kami juga harus bantu dokternya dengan doa supaya tidak salah langkah”

“Pasien itu harus diberi senyum yang ramah. Kan pasien jadi merasa sembuh juga kalau diperlakukan dengan baik. Minta surat-surat juga harus baik-baik, jangan kasar. Kita disini pun sadar, tidak membayar, tidak akan lah minta macam-macam. Yang penting diperlakukan wajar”

“Saya tidak pernah dengar hak pasien. Tapi kira-kira saja ya. Seharusnya yang didapat pasien kesehatan. Keluhannya berkurang, sakitnya sembuh. Kalau mau minta dilayani berlebih-lebih, pergi saja ke rumah sakit mahal. Tapi di sini baik pelayanannya, kadang agak lambat. Maklum lah banyak yang dilayani. Wajahnya pun ada yang masam, tapi tak banyak. tergantung orang juga”

"Belum pernah dengar tentang hak pasien. Saya juga nggak pernah tanya. Buat saya, yang diinginkan cuma pelayanan yang baik dan kesembuhan. Ditangani dengan segera kalau kita ada keluhan. Janganlah diminta uang di muka. Ada rumah sakit yang tidak mau pegang pasien kalau tidak ada uang persekot, padahal pasien sudah sesak. Yang baik-baik lah pada pasien"

"Nah ini. Saya nggak tahu pastinya itu apa. Tapi menurut saya, hak yang seringkali tidak diberikan itu waktu untuk bertanya. Dokternya datang cepat-cepat, periksa set-set, langsung pergi. Kita kan ingin tahu ini sakit apa, mau diapain. Kan harus jelas"

5.1.2. Pengetahuan Petugas Rumah Sakit tentang hak pasien

Jawaban petugas rumah sakit ketika ditanya mengenai hak pasien beragam, ada yang menjawab sesuai peraturan yang ada, tetapi ada juga yang berpendapat sendiri. Petugas yang menjawab hak pasien sesuai peraturan yang ada biasanya bertugas di manajemen rumah sakit. Petugas kesehatan yang murni klinisi seringkali menyatakan hak pasien sesuai pendapatnya.

"Kan ada itu sudah peraturannya, nomornya saya lupa. Tapi ya seputar itu lah. Mendapat penjelasan tentang penyakitnya. Boleh minta pendapat kepada dokter lain"

"Ada banyak, ada berapa belas itu yang di undang undang rumah sakit. Intinya ya kita beri pelayanan prima itu. Sikap, penjelasan. Saya nggak hapal sih"

"Pasien harus dilayani dengan baik, pengabdian kita itu. Ngomong baik-baik, meski kadang pasiennya juga ketus. Kasih pelayanan sesuai standarnya. Kan kita sudah punya standar itu, ya sesuai itu dikerjakan"

5.1.3. Pengetahuan pasien tentang UU No 44/ 2009

Tidak satu pun yang kami wawancarai mengetahui atau mendengar peraturan atau undang undang yang mengatur tentang rumah sakit dan hak mereka di rumah sakit. Sebagai tambahan, ada pasien yang mengatakan bahwa mereka tidak terlalu mepedulikan yang menjadi hak pasien, karena satu-satunya tujuan mereka datang ke rumah sakit adalah untuk meredakan keluhan atau penyakit yang mereka alami.

"Tidak pernah dengar. Apa itu? Saya sih memang buta hukum, saya kira kalau ke rumah sakit yang dicari hanya kesehatan"

"Belum pernah dengar ya, tidak pernah dikasih tahu juga. Lihat di mana itu?"

"Belum pernah tahu ada aturan atau hak apa ya?"

5.1.4. Pengetahuan Petugas Rumah Sakit tentang UU No 44/ 2009

Sebagian besar petugas rumah sakit mengetahui tentang UU No 44/ 2009 yang mengatur hak dan kewajiban pasien maupun rumah sakit di dalamnya. Namun tidak ada petugas yang bisa menyebutkan pasti apa saja yang menjadi hak pasien di rumah sakit.

"Ya.. ya.. itu peraturan yang ada hak dan kewajibannya rumah sakit sama pasien"

"Sudah ada sosialisasi itu, apalagi mau JCI begini. Hak pasien memang harus dipenuhi, cuma tertulis"

5.2. Pendapat mengenai hubungan hukum antara pasien dan dokter di rumah sakit

Menurut hukum, hubungan tenaga kesehatan/dokter dan pasien merupakan suatu perjanjian yang obyeknya merupakan pelayanan medis atau upaya penyembuhan yang dikenal sebagai transaksi terapeutik. Perikatan yang timbul dari transaksi terapeutik itu disebut *inspanning sverbinten* yang suatu perikatan yang harus dilakukan dengan hati-hati. Sebagaimana perikatan pada umumnya pada transaksi terapeutik juga berlaku ketentuan-ketentuan umum hukum perikatan sebagaimana diatur pada KUHPerdara, Namun demikian apakah pasien dan petugas rumah sakit telah memahami bahwa hubungan hukum antara pasien dan dokter adalah suatu perikatan. Selanjutnya disampaikan pendapat pasien dan petugas rumah sakit, sebagai berikut.

5.2.1. Pendapat Pasien

Kebanyakan pasien tidak memahami apa yang dimaksud dengan hubungan hukum dokter pasien. yang diketahuinya adalah hubungan baik antara dokter dan pasien yang terjalin ketika mereka berinteraksi selama

pelayanan kesehatan berlangsung. Hubungan baik yang dimaksud pasien adalah sikap ramah dan perhatian petugas kesehatan selama proses pelayanan. Sebagian besar pasien tidak mengerti apa yang dimaksud hubungan hukum antara dokter dan pasien. Namun demikian, empat orang pasien yang mengatakan bahwa hubungan hukum dokter-pasien berarti

"Hubungan dokter-pasien yang baik harusnya kalau dokternya ramah, kan jadi senang juga pasiennya. Terus juga menanyakan kabar kita. Yang ramah dan perhatian seperti itu"

"Hubungan hukum ya? Kalau misal dokter bikin kesalahan terus apa itu istilahnya malpraktik kan, bisa dihukum dokternya. Jadi sekarang ada seperti itu pasien bisa agak lega. Selama ini pasien kan tidak berani apa-apa dengan dokter"

"Tidak tahu pasti seperti apa itu yang dimaksud hubungan hukum. Mungkin seperti dokter yang salah obat lalu dituntut? Tapi sebenarnya kami menyadari tidak ada dokter yang bermaksud jahat. Pasti mau menolong. Makanya kita harus doakan dia juga supaya selalu dibimbing, bagaimanapun dokter kan juga manusia"

"Sudah tentu kedudukan dokter lebih tinggi dari pasien. Dia lebih tahu ilmu kesehatan, kita yang sakit nggak tahu apa-apa. Kalau kita tahu, buat apa ke dokter kan? Pasti apa yang dikatakan dokter kami turut, karena dia tahu yang terbaik"

5.2.2. Pendapat Petugas Rumah Sakit

Petugas rumah sakit memaknai hubungan hukum dokter-pasien dituangkan dalam surat persetujuan tindakan medik yang diajukan pada pasien. Selama hal itu dilakukan dengan baik, petugas berpendapat bahwa tindakan yang mereka lakukan sudah benar di mata hukum.

5.3. Perlindungan hak pasien yang terkait dengan keselamatannya di rumah sakit dalam peraturan perundang-undangan dan efektivitas implementasinya

Pada Tabel berikut merupakan pendapat pasien terhadap perlindungan hak pasien dan pendapat petugas rumah sakit terhadap hak pasien

Tabel 5.1 . Perlindungan hak pasien terkait dengan keselamatannya di rumah sakit

HAK PASIEN TERKAIT DENGAN KESELAMATANNYA SELAMA DI RUMAH SAKIT	
PENDAPAT PASIEN YG DIRAWAT DI RS PEMERINTAH	PENDAPAT PETUGAS RS PEMERINTAH
Saya tidak tahu Hak pasien, tapi diberi tahu tentang mendapat perawatan selama dirawat di RS	Hak untuk mendapatkan pelayanan sebaik-baiknya, hak identifikasi pasien dengan jelas (pasien memakai gelang pasien), hak informasi (penyuluhan kepada pasien) pada saat pasien masuk RS dan keluar RS, (kalau keluar dari RS pasien dijelaskan tentang hal-hal yang harus dilakukan terkait proses penyembuhan), hak untuk mendapatkan pelayanan sesuai SOP, men getahui informasi tentang penyakit, hak rencana perawatan
Tidak tahu, tapi saya dijelaskan perawatan yang akan diberikan pada saya	Hak untuk mendapatkan pelayanan sebaik-baiknya, hak informasi tentang penyakit (diagnosa), rencana perawatan, hak untuk menyelesaikan masalah apabila terjadi komplain dan diselesaikan secara musyawarah antar dokter dan pasien dll
Di beri tahu perawatan yang akan dilakukan, diberi tahu penyakitnya, dan saya puas	Sebagaimana RS memberikan pelayanan pada pasien sesuai dengan koridor kedokteran, dokter memberikan upaya yang sebaiknya kepada pasien. Di Rumah sakit swasta pasien adalah raja, dengan demikian dokter adalah pembantu raja. Perlu di sadari bahwa dokter di gaji oleh raja. Oleh karena itu kualitas rumah sakit harus selalu di tingkatkan karena untuk menghindarkan agar pasien tetap menyukai rumah sakit, misalnya dokter ikut pelatihan begitu pula perawat.
tidak tahu Hak pasien, tapi diberi tahu tentang penyakit, rencana perawatan selama dirawat di RS	
Hak bertanya tentang keluhan2 yang saya derita	

PENDAPAT PASIEN YG DIRAWAT
DI RS SWASTA

PENDAPAT PETUGAS RS SWASTA

Hak mendapat perawatan, pengobatan, dan hak mendapatkan informasi tentang penyakit, hasil lab, rencana perawatan serta tindakan harus diberitahukan kepada pasien. Tetapi saat ini masih kurang, karena kita harus menanyakan dulu baru kita mendapatkan informasi tersebut, misalkan, hasil dari lab. Kan harus diberitahukan segera agar keluarga tidak cemas, tetapi saat ini keluarga harus menanyakan terlebih dahulu baru diberitahu hasil lab nya

Tidak tahu

Yang jelas pasien itu mempunyai hak untuk bertanya, dan mendapatkan penjelasan dari dokter
Di informasikan tentang penyakit, dan boleh ganti dokter

Tahu, yaitu diinformasikan tentang penyakit, rencana perawatan, karena di Jepang juga seperti itu

Hak untuk mengetahui tentang sakitnya dan apa yang akan dilakukan tindakan oleh dokter yang merawatnya, serta pelayanan yang akan di terimakannya. Hal ini akan di jelaskan sebelum dilakukan tindakan dimana pasien harus menandatangani inform concent bila dilakukan tindakan degestif, dan bilamana tidak di lakukan pembedahan formulir tentang hak pasien tersebut (yang sudah di tandatangi) menjadi satu dengan map status pasien sebagai persyaratan administratif

Hak untuk mendapatkan pelayanan sebaik-baiknya, hak informasi tentang penyakit (diagnosa), rencana perawatan dll

Dari data pada tabel 5.1, menunjukkan ada beberapa pasien yang mengetahui haknya selama berada di rumah sakit yang terdeteksi pada pasien rumah sakit pemerintah maupun swasta. Untuk petugas kesehatan, mereka sangat paham terhadap hak pasien, walaupun pasien tidak tahu kemungkinan besar masih kurang sosialisasi, atau pasien tidak mau tahu dan tidak mau bertanya dan sebaliknya untuk petugas tidak memberikan informasi.

Mengingat hak pasien tersebut tercantum dalam UU nomor 44 tahun 2009, maka selayaknya petugas rumah sakit mengetahui apa makna dan isi hak pasien dalam undang-undang tersebut.

Pada tabel berikut disajikan pernyataan petugas rumah sakit dalam memahami Undang Undang No 44 Tahun 2009, Peraturan Menteri Kesehatan No 755 Tahun 2011 dan No 1691 Tahun 2011 terkait dengan hak pasien.

Tabel 5. 2. Pernyataan petugas rumah sakit terhadap peraturan tentang hak pasien

PETUGAS RUMAH SAKIT PEMERINTAH	PETUGAS RUMAH SAKIT SWASTA
<p>terkait hak pasien/ patient safety: sudah diterapkan, fokusnya supaya pasien menjadi aman dan dilayani oleh dokter dengan baik,</p>	<p>Dalam peraturan MenKes tentang patient safety tersebut masih berpihak pada pasien, yang di rasakan masih kurang adanya keadilan, misalnya bilamana terjadi sesuatu yang tidak diinginkan hampir di bebaskan pada rumah sakit.</p>
<p>Yang sulit diterapkan adalah audit medik hal ini karena pemahaman dokter yang berbeda, dikira mau menilai performance pribadi, padahal audit diperlukan agar tidak terulang kasus yang sama</p>	<p>UU 44, sangat mengatur keberadaan rumah sakit sangat bagus sehingga rumah sakit tidak liar, sedang perMenKes 755 tentang hak pasien, sekali lagi pasien mempunyai hak untuk di lindungi selama berada di rumah sakit artinya wajarlah kalau pasienpun juga mempunyai hak, namun yang perlu di pikirkan bagaimana dengan hak dokter. Apakah dokter juga mempunyai Hak, harusnya sama2 antara dokter dan pasien. Dokter sebagaimana profesinya kewajiban dalam menolong namun demikian bagaimana kalau dokter mengalami suatu kesalahan (manusia kadang tidak luput dari salah). Sekarang pasien dalam perjalanannya di cover dengan asuransi, bagaimana dengan dokter yang bekerja di RS Swasta akankah asuransi pribadi atau asuransi company, kadang pasien menyalahkan dokter dan dokter kena tegor oleh manajemen. Namun demikian sepanjang dokter bekerja dengan SOP yang benar, dokter tidak harus menyalahkan diri sendiri....inilah yang perlu perlindungan antara pasien, dokter dan rumah sakit</p>
<p>PP Menkes No 755 komite medik fokus supaya pasien menjadi aman dan dilayani oleh dokter dengan baik</p>	
<p>UU 44/2009 tentang RS, di dalam UU tersebut tertulis tentang hak pasien dan kewajiban RS dalam pelayanan kepada masyarakat. Dan Kep MenKes</p>	

no 755/2001 tentang komite medik yang secara garis besar tugasnya terbagi dalam 3 sub sistem (kredensial, mutu dan etik dan disiplin), sedang 1691/2011 tentang hak pasien. Ketiga aturan tersebut sangat mengatur tentang hak pasien di rumah sakit.

Dari pernyataan petugas rumah sakit pemerintah dan rumah sakit swasta telah meyakini dan memaknai apa yang menjadi hak pasien dan sekaligus kewajiban petugas dalam membantu haknya pasien di rumah sakit.

Pada Tabel berikut pernyataan petugas rumah sakit dalam memaknai perlindungan hukum atas hak pasien di rumah sakit

Tabel 5.3. Pernyataan petugas rumah sakit dalam memaknai perlindungan hukum tentang hak pasien

PETUGAS RUMAH SAKIT PEMERINTAH	PETUGAS RUMAH SAKIT SWASTA
<p>Apabila terjadi kelalaian, maka dilakukan RCA (ada format laporannya), tetapi tugas <i>Patient safety</i> hanya melakukan investigasi dan melakukan analisis, terus melaporkan hasil temuan kepada direktur</p>	<p>Pasien mempunyai hak penuh dalam mendapatkan perawatan selama di rumah sakit, pasien dapat melapor atau menulis pada kotak aduan yang tersedia di rumah sakit atau pasien akan lapor pada perawat. Perawat atau petugas aduan akan memberikan solusi apabila di pandang permasalahan tersebut ringan dan atau melaporkan ke bagian yanmed untuk dilakukan mediasi antara dokter yang merawat dan pasien yang mengadu.</p>
<p>Bila terjadi aduan/masalah dari pasien maka terserah pasien mau komplain kemana, bisa ke ruangan, dokternya bahkan ke manajemen atau direktur, belum ada alur yang mengatur hal ini. Jadi kedepan mau tidak mau harus bisa dibentuk alur pengaduan pasien, agar pasien merasa terlindungi</p>	<p>Bila terjadi aduan/masalah dari pasien maka pasien bisa langsung mengadu ke perawat atau langsung ke manajerial bilamana tidak di ketemukan dokter. Dengan demikian dalam memaknai perlindungan.hukum di rumah sakit,pasien selalu dalam lindungan rumah sakit.</p>
<p>Ada inform concent, yaitu pasien menandatangani form apabila akan dilakukan operasi/ tindakan yang beresiko penjelasan/ informasi dokter kepada keluarga pasien tentang penyakit, rencana perawatan, resiko medis dll</p>	<p>Ada inform concent, yaitu pasien menandatangani form apabila akan dilakukan tindakan (misal: operasi), Bedah, Anesthesi, Radiologi: masing2 memiliki inform concent apabila akan melakukan</p>

Selama pasien dalam perawatan rumah sakit maka segala sesuatu yang mengakibatkan ketidak nyamanan pasien selama berada di rumah sakit menjadi tanggung jawab rumah sakit.

Dalam memaknai perlindungan hukum terhadap hak pasien di rumah sakit pada prinsipnya sama antara rumah sakit pemerintah maupun swasta, dalam melindungi kejadian hukum pada pasien rumah sakit telah mengantisipasi melalui *inform consent*. Pengertian *inform consent* adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien yang berhak mewakilinya) kepada tenaga kesehatan/dokter untuk dilakukan suatu tindakan medis yang bertujuan untuk kesembuhan. *Inform consent* berarti pernyataan kesediaan atau pernyataan penolakan setelah mendapatkan informasi. Sehingga *inform consent* adalah merupakan alat yang mempunyai peranan sangat penting, sebagaimana tertuang dalam Permenkes nomor 290/2008 pasal 2 tentang persetujuan tindakan kedokteran.

Upaya yang perlu dilakukan untuk menjamin perlindungan hukum hak pasien di rumah sakit

Keterbatasan pengetahuan pasien maupun petugas kesehatan mengenai hak pasien dan perlindungan hukum yang tercantum dalam UU No 44/ 2009, membuat peneliti merasa perlu mempertegas isi UU No 44/ 2009 terlebih dahulu sebelum menanyakan upaya yang perlu dilakukan untuk menjamin perlindungan hukum hak pasien di rumah sakit.

Sebagian besar pasien berpendapat bahwa langkah awal yang perlu dilakukan adalah penyebarluasan informasi mengenai hak pasien maupun peraturan yang terkait. Tanpa kejelasan informasi mengenai hal itu, masyarakat belum mengerti apa yang harus dilakukan agar perlindungan hukum atas haknya dapat dijalankan.

“Mungkin pemerintah perlu memberi tahu masyarakat tentang aturan yang sudah ada. Ini pun kalau nggak ditanya juga nggak tahu”

“Sebenarnya tugas siapa yang mengumumkan ini? Dinkes atau rumah sakit? kami nggak pernah dengar ada aturan itu. Istri saya aktif jadi kader puskesmas juga baru dengar ini ya”

"Alangkah baiknya kalau rumah sakit atau Dirkes juga membagikan keterangan ini. Entah lewat kecamatan atau pasang spanduk. Jadi pasien yang mau berobat tahu apa hak dan kewajibannya kalau dia berobat. Rumah sakit pun nyaman, kalau ada pasien macam-macam tinggal tunjukkan peraturannya"

Menurut sebagian besar petugas, perlindungan hukum atas hak pasien dapat dimulai dengan membuat standar pelayanan yang baik dan dilaksanakan seutuhnya. Beberapa petugas lain menyatakan bahwa upaya perlindungan hukum tersebut harus ditumbuhkan dari kesadaran hati setiap petugas, sebagaimana pernyataan petugas rumah sakit :

"Rumah sakit harus memberikan informasi kepada pasien bahwa pasien berhak bertanya kepada dokter, apa yang dilakukan oleh dokter, pasien dipaksakan untuk bertanya dan hal ini yang harus disosialisasikan. (di Amerika pasien dipaksakan untuk banyak bertanya), namun demikian sistemnya di Indonesia belum dilaksanakan, bilamana pasien banyak bertanya dokter berpendapat bahwa pasien sangat "cerewet", sisi lain dokter sendiri juga ada rasa keengganan untuk memberikan penjelasan atau dokter malas untuk memberikan penjelasan kepada keluarga pasien, selayaknya dokter hanya memberikan penjelasan kepada salah satu keluarga pasien yang bertanggungjawab (keluarga dekat) saja yang mewakili. Jadi tidak semua keluarga yang dijelaskan hanya yang mewakili saja."

"Rumah sakit dan dokter memberikan informasi kepada pasien dan pasien berhak bertanya kepada dokter, tentang penyakitnya, rencana perawatan, tindakan dll."

"Semuanya sebenarnya sudah ada di aturan. Cuma kadang-kadang memang sulit diterapkan. Perlu keseriusan dari atas sampai bawah"

"Seperti JCI ini ribet, semua ada SOP-nya. Tapi kalau dipikir-pikir, misalkan ini dijalankan dengan baik, kita semua enak kerjanya, aman, semua tercatat, pasien juga lebih baik pelayanannya"

"Semestinya dengan adanya SOP, tetapi sulit membuat semua petugas bertindak seperti apa yang tertulis di SOP"

5.4. Implementasi perlindungan hukum atas hak pasien di rumah sakit

Untuk menjawab tujuan penelitian diatas tentunya diperlukan pertanyaan, apa yang perlu dilakukan untuk menjamin perlindungan hukum atas hak pasien di rumah sakit?

Sesuai peraturan Menteri Kesehatan nomor 755/2011 penyelenggaraan komite medik di rumah sakit, dalam pasal 4 disebutkan bahwa komite ini dibentuk untuk menyelenggarakan tata kelola klinis (*clinical goverment*) yang baik agar mutu pelayanan medis dan kelematan pasien lebih terjamin dan terlindungi.

Pernyataan rumah sakit dalam menjamin perlindungan hukum atas hak pasien antara lain :

"Bilamana terjadi masalah pada pasien, dimana setelah adanya aduan dari pasien, maka di dalam rumah sakit akan merapatkan secara internal yang di kunjungi oleh wadir pelayanan medik, dokter yang merawatnya, pasien.

Setelah penyelesaian intern maka pasien akan di berikan penjelasan, namun bila sifat aduan adalah serius terhadap pelayanan maka komite medik akan dilibatkan untuk menganalisa aduan dan tindakan yang dilakukan oleh dokter, selanjutnya hasil analisa komite medik akan memberikan rekomendasi kepada direktur dan direktur akan memberikan tindakan."

"Yang paling penting adalah sosialisai ke seluruh ruangan, melalui TV yang terpasang di ruangan yang menerangkan tentang hak2 pasien. Bilamana terjadi masalah pada pasien, karena kelalaian, maka RS akan menjamin kerugian baik moril maupun materiil kepada pasien sesuai dengan kasusnya. Tetapi pada prinsipnya dicari jalan mediasi terlebih dahulu, kalau pasien memakai lawyer, maka RS juga akan menghadapkan lawyernya untuk melawan gugatan pasien."

"Memberikan dan mengatur mutu pelayanan kepada pasien, saling terbuka dalam memberi dan menerima informasi. Rumah sakit mensosialisasikan apa yang menjadi hak dan kewajiban pasien dengan menandatangani inform concern. Menjaga fasilitas, mutu pelayanan RS melalui patient safety"

Dari beberapa pernyataan rumah sakit diatas, menunjukkan tanggungjawab klinis terjaminan begitu pula perlindungan hukum selama di rumah sakit. Komite medik yang terbentuk akan melaksanakan analisa bilamana terjadi kerugian pada pasien. Komite medik dalam lokasi penelitian ini sudah terbentuk dan menjadi subyek penelitian, akan tetapi kegiatan komite medik masih belum seluruhnya diagendakan. Rumah sakit yang rutin menyelenggarakan beberapa kegiatan komite medik adalah rumah sakit swasta dan rumah sakit pendidikan.

Tabel 5. 4. Kegiatan Komite Medik

	Kredensial	Rekredensial	Audit Medik	Pelatihan Berkala	Pembaruan SOP
RS 1	+	±	±	+	-
RS 2	+	±	+	+	±
RS 3	+	-	±	±	±
RS 4	±	-	±	±	-
RS 5	±	-	-	±	-
RS 6	+	+	+	+	±
RS 7	+	±	+	+	±
RS 8	+	±	+	+	±
RS 9	+	±	±	±	-
RS10	±	±	±	±	±

+ Dilakukan secara berkala
 ± Dilakukan tetapi tidak rutin
 - Tidak dilakukan

Dari rumah sakit yang dilakukan penelitian menyatakan bahwa tidak mudah memberi pengertian bagi staf pelaksana di rumah sakit tentang pentingnya pelaporan kejadian yang tidak diharapkan

5.4.1. Faktor yang mempengaruhi implementasi perlindungan hukum hak pasien di rumah sakit

Diakui oleh petugas RS, kinerja komite medik dan tim keselamatan rumah sakit belum optimal. Ada beberapa pendapat terkait tidak optimalnya kinerja komite medik. Terkait proses kredensial dokter yang baru masuk dan dokter senior yang telah mempunyai nama/terkenal di rumah sakit.

Pernyataan petugas rumah sakit terhadap faktor yang mempengaruhi implementasi perlindungan hukum hak pasien di rumah sakit antara lain :

"Pengaturan rumah sakit yang di sepakati oleh semua karyawan, sinergi dalam pelaksanaan tugas"

"Untuk mengantisipasi adanya kasus dan mengkondisikan dengan pasar, maka SOP akan dilakukan peninjauan ulang."

"RS juga ikut bertanggung jawab Apabila hal tersebut merupakan kesalahan dari RS"

Dengan pernyataan tersebut secara hukum rumah sakit sebagai sarana/fasilitas pelayanan bertanggung jawab penuh sebagaimana pada pasal 3 undang-undang nomor 44 tahun 2009, yaitu rumah sakit memberikan kepastian hukum pada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit dan rumah sakit.

5.4.2. Mewujudkan perlindungan hukum hak pasien di rumah sakit

Baik pasien maupun petugas kesehatan menyadari bahwa perlindungan hukum hak pasien di rumah sakit merupakan kepentingan mereka bersama. Kenyamanan bagi pasien juga merupakan rasa aman bagi petugas sehingga terbebas dari ancaman hukum.

5.4.3. Harapan atas perlindungan hukum hak pasien di rumah sakit

Pasien berharap adanya kejelasan informasi mengenai peraturan yang menyangkut pelayanan kesehatan baik di rumah sakit maupun di fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. Selama ini pasien mengakui bahwa aturan hukum apapun baru dicari, baru mengetahui ketika ada sesuatu yang dirasa tidak pas dalam pelayanan. Beberapa pasien menyadari bahwa seharusnya hal tersebut tidak terjadi, namun mereka juga tidak tahu harus bertanya kemana perihal peraturan tersebut, berikut pemataan pasien di rumah sakit

"Di sini kan kebiasaannya kalau ada yang tidak pas di hati, baru cari peraturan. Padahal tidak bisa seperti itu juga. Tapi bingung juga kalau tidak ada yang ngasih tahu"

"Memang kalau ada aturannya lebih bagus kalau dikasih tahu semua orang itu. Biar tahu batasnya sendiri-sendiri"

Petugas kesehatan sebagian besar merasa hak pasien terlalu diagungkan, sedangkan hak petugas kesehatan masih belum dipenuhi juga oleh pemerintah. Menurut beberapa dari mereka, hal ini yang membuat pada akhirnya hak pasien juga tidak terpenuhi. Salah satu hak petugas yang sering terlupakan adalah beban kerja yang diterima dibandingkan dengan penghargaan yang didapat petugas, sebagaimana pernyataan petugas rumah sakit.

"Ibu bisa lihat di sini ada berapa perawat dan dokter lalu berapa pasien yang dilayani. Saya sudah katakan ke mereka (perawat), kalau ini semua sudah menjadi tugas dan tanggung jawab sebagai petugas kesehatan. tidak boleh hitung-hitungan. Tapi kadang saya nggak sampai hati juga kalau ingat bayaran mereka jadi honorer rumah sakit. Mau minta tenaga PNS juga nggak dikasih-kasih. Kalau mengadakan sendiri, gaji kecil. Tapi kalau tidak, tenaganya kurang sekali. Serba salah"

"Sekarang yang sedang banyak dibicarakan hak pasien. Harusnya hak dokter sama rumah sakit jangan dilewatkan"

"Kenapa kadang dokter waktunya sedikit untuk setiap pasien? Karena di negara kita sistemnya masih kejar setoran. Nggak peduli prakteknya yang tiga itu jaraknya kemana-mana. Di rumah sakit saja, dia bisa punya pasien di ruang VIP yang tempatnya di depan, sekaligus yang di bangsal yang di belakang. Jalannya saja jauh sekali. Bayarannya lebih besar di VIP. Pasti dia lebih mbelani pasien VIP. Nggak usah munafik itu. Kan orang memang butuh hidup. Harusnya negara yang mengatur itu. Gimana caranya biar nggak kejar setoran. Jadi semua jenis pasien bisa dapat pelayanan sama"

5.5. Kendali mutu rumah sakit dalam menjamin terlindunginya hak pasien

Dalam upaya menjamin terlindunginya hak pasien dan menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan tata kelola yang baik (*good corporate governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*), maka rumah sakit berkewajiban membuat, melaksanakan dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit sebagai acuan dalam melayani pasien dan menyusun standart pelayanan dan melaksanakan peraturan internal rumah sakit.

5.5.1. Pembinaan dari Dinas Kesehatan dan peranan PERSI

Seluruh rumah sakit yang kami datangi merupakan anggota PERSI dan mengakui bahwa keanggotaan ini sangat bermanfaat dalam transfer informasi terkait peraturan dan hal lain yang menyangkut kelangsungan operasional rumah sakit. Isu-isu terkini seputar rumah sakit diakui lebih cepat diterima dan dibahas pada forum PERSI.

Peranan Dinas Kesehatan setempat lebih banyak dirasakan rumah sakit ketika proses persiapan menuju akreditasi rumah sakit.

5.5.2. Pengelolaan keluhan pelayanan dari pasien

Seluruh rumah sakit yang menjadi sampel penelitian memiliki media penyampaian saran atau keluhan bagi pengguna jasa pelayanannya. Bentuk beragam mulai dari kotak saran konvensional, nomor telepon untuk mengirim sms pengaduan bingga alamat email dan menyediakan petugas yang khusus menanggapi keluhan pasien.

Waktu yang diperlukan rumah sakit untuk untuk menindak lanjuti satu keluhan yang masuk bervariasi tergantung tingkat urgensi masalah tersebut.

Forum yang digunakan untuk membahas keluhan yang masuk adalah rapat mingguan yang dihadiri oleh direktur pelayanan medik, kepala bagian perawatan, kepala ruangan dan beberapa staf medik fungsional. Keluhan pasien dengan tingkatan tertentu biasanya dibicarakan hingga tingkat direksi. Beberapa petugas menyebutkan bahwa keluhan yang rentan berlanjut ke ranah hukum biasanya diperlakukan seperti itu.

Beberapa pernyataan dari rumah sakit dalam mensikapi keluhan pelayanan pasien di rumah sakit :

“ Tim keselamatan pasien belum terbentuk secara resmi, akan tetapi selalu dilibatkan. Yang jelas yang berkepentingan adalah dokter ,komite medik, tim keselamatan pasien dan direktur,serta melibatkan kepala keperawatan.”

“semua dokter ,komite medik, tim keselamatan pasien dan direktur,perawat, semua dilaksanakan secara terintegrasi”

"Komite medik dan lawyer "

Dari beberapa pernyataan diatas, terlihat bahwa semua keluhan pasien di rumah sakit telah diatur dalam manajemen rumah sakit, juga tertuliskan pada buku pengaturan rumah sakit (*hospital by law*) yang di susun oleh rumah sakit. Tertulis bagaimana rumah sakit melakukan penyelesaian terhadap keluhan pasien secara hukum.

5.6. Mekanisme penyelesaian sengketa medik

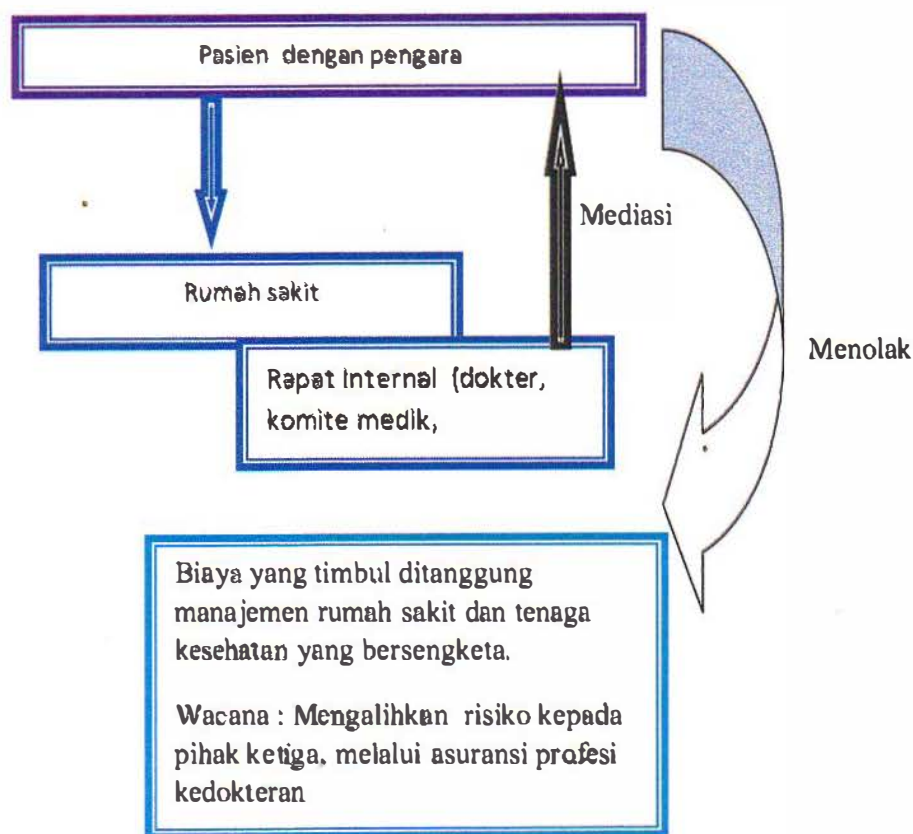
Dari seluruh rumah sakit yang menjadi sampel penelitian belum memiliki kerangka mekanisme yang baku dalam penatalaksanaan sengketa medik yang dihadapi. Proses ini biasanya dilakukan setelah melewati tahapan pembahasan di rapat manajemen dan pertemuan antara pihak pasien dan petugas kesehatan yang dihadiri juga oleh petugas dari bagian hukum rumah sakit.

Pihak manajemen rumah sakit beranggapan, lini pertama yang seharusnya menghadapi keluarga pasien adalah bagian hukum. Alasannya adalah ketika mencapai tahap ini, seringkali pasien sudah didampingi oleh pengacara sehingga rumah sakit merasa perlu mengimbangnya dengan mengajak staf hukum rumah sakit.

Seluruh rumah sakit yang menjadi sampel penelitian ini memiliki bagian hukum dalam struktur organisasinya. Selain memiliki jajaran staf hukum, yang salah satu tugasnya memberi opini legal ketika rumah sakit mengalami masalah hukum, rumah sakit juga memiliki konsultan hukum yang secara berkala dihubungi dan memberi saran ketika dibutuhkan. Konsultan ini juga berperan dalam penyusunan beberapa dokumen hukum rumah sakit.

Biaya yang muncul akibat proses sengketa medik, baik ketika rumah sakit sudah terbukti melanggar hak pasien dan melakukan kelalaian maupun belum terbukti, ditanggung oleh pihak rumah sakit dan tenaga medis yang bersangkutan. Tidak ada kesepakatan atau aturan tertulis yang dimiliki rumah sakit untuk mengatur porsi kontribusi masing-masing pihak. Biaya perawatan tambahan yang muncul tidak dibebankan pada pasien, tetapi ditanggung rumah sakit dan tenaga kesehatan yang terlibat di dalam sengketa tersebut. Dalam hal pasien yang bersengketa merupakan anggota Jamkesmas, biaya perawatan tambahan dibebankan pada negara.

Sebagian besar rumah sakit sampel belum merumuskan mekanisme penanganan sengketa kasus medik, termasuk sumber dana yang diperlukan selama proses ini berlangsung. Namun, rumah sakit 1, 4 dan 6 sedang menginisiasi suatu sistem asuransi profesi dokter sebagai suatu langkah antisipatif dalam menghadapi sengketa medik. Rancangan ini diberlakukan bagi dokter saja, belum menjangkau tenaga kesehatan lainnya. Premi yang dibayarkan kepada perusahaan asuransi nantinya akan ditanggung oleh dokter dan manajemen rumah sakit sebagai pengelola. Proporsi premi yang ditanggung masing-masing pihak belum ditentukan.



Gambar 5. 1. Mekanisme penyelesaian sengketa medik

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1. Pengetahuan dan kesadaran akan hak dan kewajiban pasien di rumah sakit

Hak dan kewajiban pasien maupun rumah sakit telah diatur dalam UU 44/ 2009. Setiap pasien maupun rumah sakit beserta petugas yang ada di dalamnya sudah seharusnya memahami dan mengamalkan sesuai ketentuan tersebut dalam pelayanan sehari-hari. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pihak pimpinan rumah sakit telah mengetahui peraturan tersebut dan telah melakukan sosialisasi kepada seluruh staf rumah sakit, baik staf yang melakukan pelayanan langsung kepada pasien maupun yang secara tidak langsung berhubungan dengan pasien. Staf rumah sakit yang berhadapan langsung dengan pelayanan pasien seperti tenaga medis, non medis dan penunjang medis lebih diutamakan dalam hal sosialisasi tersebut.

Untuk meningkatkan kesadaran petugas, pihak RS juga selalu mengingatkan hak dan kewajiban pasien dalam setiap pertemuan. Ini diharapkan membuat petugas dapat meningkatkan kualitas pelayanannya sesuai dengan amanat UU 44/ 2009 Metode lain yang digunakan rumah sakit untuk mengingatkan petugas adalah memasang *banner* atau menempel kertas yang berisi hak dan kewajiban pasien di lobby rumah sakit dan setiap ruang perawatan.

Upaya untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran petugas sudah cukup intensif dilakukan. Namun bagaimana dengan pasien? Pihak RS menyatakan bahwa *banner* maupun lembaran berisi hak dan kewajiban pasien yang diletakkan di dinding ruang rawat inap diharapkan dapat menginformasikan hal tersebut pada pasien maupun keluarganya. Bahkan salah satu rumah sakit swasta di Batam dan Bandung mencantumkan lembaran yang berisi hak dan kewajiban pasien sebagai salah satu kelengkapan admisi pasien dan harus ditandatangani oleh pasien atau keluarganya. Sebaliknya untuk rumah sakit pemerintah, komunikasi tentang hak dan kewajiban pasien masih kurang di komunikasikan, mereka hanya memasang informasi tersebut di ruang

perawatan. Seluruh rumah sakit yang di lokasi penelitian menyatakan bahwa edukasi pada pasien dan masyarakat umum sebenarnya adalah tanggung jawab pemerintah melalui Dinas Kesehatan atau instansi pemerintah lainnya. Rumah sakit hanya membantu dalam memberi pengetahuan mengenai hak dan kewajiban pasien di rumah sakit.

Pada temuan kami, tidak ada satupun pasien yang kami temui pernah mendengar atau mengetahui keberadaan peraturan perundangan yang mengatur hak dan kewajiban mereka di rumah sakit. Tidak ada yang menyadari keberadaan lembaran mengenai hak dan kewajiban pasien yang telah diletakkan di pintu masuk ruang rawat inap maupun yang telah ditandatangani bersama surat admisi. Padahal menurut pengamatan peneliti, informasi mengenai hak dan kewajiban pasien tersebut sudah cukup strategis dalam hal penempatan dan mudah terlihat.

6.2. Karakteristik Hubungan Hukum Antara Pasien dan Dokter di Rumah Sakit

Pelayanan kesehatan pada dasarnya bertujuan untuk melaksanakan pencegahan dan pengobatan terhadap penyakit, termasuk didalamnya pelayanan medis yang dilaksanakan atas dasar hubungan individual antara dokter dengan pasien yang membutuhkan penyembuhan.

Hubungan pasien dan dokter di rumah sakit, selain berbentuk sebagai hubungan medik, juga berbentuk sebagai hubungan hukum. Sebagai hubungan medik, maka hubungan medik itu akan diatur oleh kaidah-kaidah medik, sedangkan sebagai hubungan hukum, maka akan diatur oleh kaidah-kaidah hukum.¹

Secara yuridis timbulnya hubungan antara dokter dan pasien bisa berdasarkandua hal, yaitu² :

- a) Berdasarkan perjanjian

¹Wila Ch. Supriadi, "Persetujuan Tindakan Medik", <http://hukumkes.wordpress.com/2008/03/15/persetujuan-tindakan-medik/>, 15 Maret 2008, dikunjungi pada 29 November 2012.

²Yunanto, "Pertanggungjawaban Dokter Dalam Transaksi Terapeutik Dalam Rangka Memenuhi Persyaratan Program Magister Ilmu Hukum", *Teori*, Fakultas Hukum Universitas Diponegoro, Semarang, 2009, h. 42.

b) Karena Undang-undang

Timbulnya hubungan hukum antara dokter dengan pasien berdasarkan perjanjian mulai terjadi saat pasien datang ketempat praktek dokter atau kerumah sakit dan dokter menyanggupinya dengan dimulai *anamnesa* (tanya jawab) dan pemeriksaan oleh dokter. Dari seorang dokter harus dapat diharapkan bahwa ia akan berusaha sebaik mungkin untuk menyembuhkan pasiennya. Dokter tidak bisa menjamin bahwa ia pasti akan dapat menyembuhkan penyakit pasiennya, karena hasil suatu pengobatan sangat tergantung kepada banyak faktor yang berkaitan (usia, tingkat keseriusan penyakit, macam penyakit, komplikasi dan lain-lain).

Dengan demikian maka perjanjian antara dokter - pasien itu secara yuridis dimasukkan kedalam golongan *inspanningsverbitenis*.³

Disamping kedua asas diatas ada satu faktor utama yang harus dimiliki oleh para pihak yaitu adanya suatu itikad baik dari masing-masing pihak untuk melaksanakan perjanjian. Asas tentang itikad baik itu diatur didalam Pasal 1338 ayat 3 BW yang berbunyi : " Suatu perjanjian harus dilaksanakan dengan itikad baik".

Timbulnya hubungan hukum antara dokter dengan pasien berdasarkan Undang-Undang diatur didalam BW Pasal 1365 tentang perbuatan melanggar hukum (*onrechtmatige daad*) yang berbunyi : "Setiap perbuatan yang melanggar hukum sehingga membawa kerugian kepada orang lain, maka si pelaku yang menyebabkan kerugian tersebut berkewajiban untuk mengganti kerugian tersebut".

Perbuatan melanggar hukum "sebagai suatu tindakan atau non tindakan yang atau bertentangan dengan kewajiban sipelaku, atau bertentangan dengan susila baik, atau kurang hati-hati dan ketelitian yang seharusnya dilakukan di dalam masyarakat terhadap seseorang atau barang orang lain". (*"dat onder onrechtmatige daad is te verstaan een handelen of nalaten, dat of inbreuk maakt op eens anders recht, of in strijd is met des daders rechtsplicht of indruist, hetzij*

³Rabiyatul Adawiyah, " Etika dan Hukum Kesehatan ", <http://pasien-tanggung-jawab-dokter-atau-rumah-sakit.com>, 11 Juli 2012, dikunjungi pada 29 November 2012

*tegen de goede zeden. hetzij tegen de zorgvuldigheid, welke in het maatschappelijk verkeer betaamten aanzien van eens anders persoon of goed).*⁴

Jika seorang dokter tidak memenuhi syarat-syarat yang ditentukan diatas, maka ia dapat dianggap telah melakukan pelanggaran hukum, Melanggar ketentuan yang ditentukan oleh Undang-Undang karena tindakannya bertentangan dengan asas kepatutan, ketelitian serta sikap hati-hati yang seharusnya dapat diharapkan daripadanya dalam pergaulan sesama warga masyarakat. Sedangkan yang dimaksud dengan "kepatutan, ketelitian dan hati-hati" tersebut adalah: standar-standar dan prosedur profesi medis di dalam melakukan suatu tindakan medis tertentu, Namun standar-standar tersebut juga bukan sesuatu yang tetap karena pada waktu-waktu tertentu terhadapnya haruslah diadakan evaluasi untuk dapat mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Namun tidak saja terhadap suatu perbuatan yang dilakukan, tetapi juga terhadap suatu kelalaian yang menyebabkan kerugian kepada orang lain dapat pula dimintakan penggantian kerugian. Hal ini dirumuskan di dalam Pasal 1366 BW yang berbunyi : "Setiap orang bertanggung jawab tidak saja terhadap kerugian yang ditimbulkan karena suatu tindakan, tetapi juga yang diakibatkan oleh suatu kelalaian atau kurang hati-hati.

Selain itu seseorang juga bertanggung jawab terhadap tindakan atau kelalaian / kurang hati-hati dari orang-orang yang berada di bawah perintahnya.

Hal ini dirumuskan di dalam Pasal 1367 BW yang berbunyi : "Seseorang tidak saja bertanggung jawab terhadap kerugian yang ditimbulkan oleh dirinya sendiri, tetapi juga bertanggung jawab terhadap tindakan dari orang-orang yang berada di bawah tanggung-jawabnya atau disebabkan oleh barang-barang yang berada di bawah pengawasannya."

Salah satu lembaga hukum yang ada dalam hubungan hukum antara dokter, pasien & RS adalah apa yang dikenal dengan lembaga persetujuan tindakan medik (*informed consent*) dan pada tahun 2008, telah diberlakukan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 290/Menkes/Per/III/2008 tentang persetujuan tindakan medik.⁵

⁴ Arrest Hoge Raad 31 Januari 1919.

⁵ *Ibid.*

Dalam hubungan antara dokter dan pasien terjadi transaksi yang disebut dengan *transaksi terapeutik* artinya, masing-masing pihak mempunyai hak dan kewajiban.⁶ Didasarkan mukadimah Kode Etik Kedokteran Indonesia yang dilampirkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan R.I. nomor : 434/MEN.KES/X/1983 tentang Berlakunya Kode Etik Kedokteran Indonesia Bagi Para Dokter di Indonesia, maka yang dimaksud dengan transaksi terapeutik adalah hubungan antara dokter dan penderita yang dilakukan dalam suasana saling percaya (*konfidensial*), serta senantiasa diliputi oleh segala emosi, harapan, dan kekhawatiran makhluk insani.

Pada umumnya mulainya hubungan transaksi terapeutik dimulai saat seorang pasien meminta pertolongan kepada dokter untuk mengobati penyakitnya dan dokter menyanggupinya.

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa transaksi terapeutik merupakan hubungan antara dua subjek hukum yang saling mengikatkan diri didasarkan sikap saling percaya.

Transaksi terapeutik merupakan hubungan antara dokter dengan pasien dalam pelayanan medik secara profesional didasarkan kompetensi yang sesuai dengan keahlian dan ketrampilan tertentu dibidang kedokteran. Transaksi terapeutik merupakan kegiatan didalam penyelenggaraan praktek dokter berupa pemberian pelayanan medis. Sedangkan pelayanan medis itu sendiri merupakan bagian pokok dari kegiatan upaya kesehatan yang menyangkut sumber daya kesehatan sebagai pendukung penyelenggaraannya, yang harus tetap dilaksanakan sesuai dengan fungsi dan tanggungjawabnya.⁷

6.2.1. *Fairness, openness*

Dalam menjalankan tugas profesinya, seorang dokter akan selalu terkait dengan bioetika maupun etika kedokteran, yang kemudian akan diatur dalam kode etik kedokteran.⁸

⁶Yunanto, *Op. Cit.* h. 46.

⁷Voronica Koinalawati, *Peranan Informed Consent dalam transaksi terapeutik*, PT Citra Aditya Bakti, Bandung, 2002

⁸Blisa Novertasari S, "Bioetika Kedokteran : Pencabutan Gigi Tanpa Persetujuan (Kasus)", <http://blisha.wordpress.com/2010/12/22/bioetika-kedokteran-pencabutan-gigi-tanpa-persetujuan-kasus/>, 22 Desember 2010, Diakses pada 29 November 2012.

Bioetik berasal dari bahasa Yunani, *bios* yang berarti hidup atau kehidupan, dan *ethike* yang berarti ilmu atau studi tentang isu-isu etik yang timbul dalam praktik ilmu biologi.⁹ Bioetika adalah biologi dan ilmu kedokteran yang menyangkut masalah di bidang kehidupan, tidak hanya memperhatikan masalah-masalah yang terjadi pada masa sekarang, tetapi juga memperhitungkan kemungkinan timbulnya pada masa yang akan datang.¹⁰

Dalam bioetika terdapat empat prinsip yang harus dipenuhi oleh seorang dokter, yaitu :

1. Beneficience

Adalah prinsip moral yang mengutamakan tindakan yang ditujukan ke kebaikan pasien. Dalam beneficence tidak hanya dikenal perbuatan untuk kebaikan saja, melainkan juga perbuatan yang sisi baiknya (manfaat) lebih besar daripada sisi buruknya (mudharat).¹¹ Pada prinsip ini kepentingan pasien menjadi hal yang paling utama. Hal-hal lain yang terdapat pada prinsip beneficence adalah :

- Melindungi dan mempertahankan hak-hak yang lain
- Mencegah terjadinya kerugian
- Menghilangkan kondisi penyebab kerugian
- Menolong orang cacat
- Menyelamatkan orang dari bahaya

2. Non-Maleficience

Adalah prinsip moral yang melarang tindakan yang memperburuk keadaan pasien.¹² Yang harus diperhatikan oleh seorang dokter pada prinsip ini adalah :

- Tidak boleh berbuat jahat atau membuat derita pasien
- Meminimalisasi akibat buruk
- Dokter sanggup mencegah bahaya atau kehilangan pada pasien

⁹Darmadipura MS, ed., *Konsep Bioetik*, Airlangga University, Surabaya, 2008, h. 124-34.

¹⁰Sampurna A, "Dasar Etik dan Moral Profesi Kedokteran".

<http://www.freewebs.com/komitemedik/etikdanmoral.html>, 28 november 2010, Dikunjungi pada 29 November 2012.

¹¹*Ibid.*

¹²*Ibid.*

- Tindakan kedokterannya dapat terbukti efektif
- Lebih besar manfaat bagi pasien dari pada kerugian dokter.

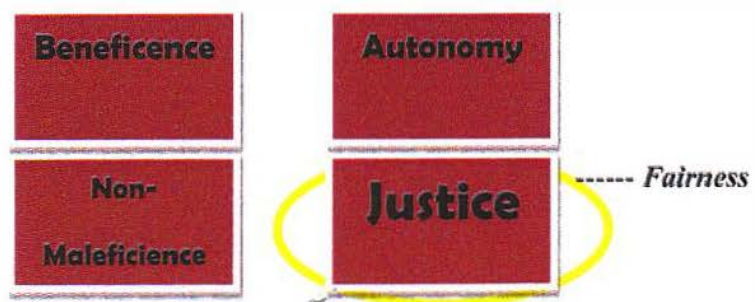
3. Justice

Adalah prinsip moral yang mementingkan *fairness* dan keadilan dalam bersikap maupun dalam mendistribusikan sumber daya (*distributive justice*).¹³ Pada prinsip ini dokter tidak boleh mendiskriminasi pasien dalam hal apapun. Dokter harus menerima pasien, memberikan kesamaan sumbangan sesuai kebutuhan pasien, dan memberikan kesamaan beban sesuai dengan kemampuan pasien.

4. Autonomy

Adalah prinsip moral yang menghormati hak-hak pasien, terutama hak otonomi pasien (*the rights to self determination*). Prinsip moral inilah yang kemudian melahirkan *doktrin informed consent*.¹⁴ Isi dari *informed consent* adalah tindakan medis terhadap pasien harus mendapat persetujuan dari pasien tersebut, setelah ia diberi informasi dan memahaminya.

The patient's contexts for prima facie's choice (Agus Purwadlanto, 2004)



Gambar 6.1. Prinsip Bioetika yang Harus Dipenuhi Dokter

Prinsip lain yang juga menjadi pedoman dokter dalam melaksanakan adalah prinsip *openness*. Prinsip ini merupakan prinsip yang terkait dengan

¹³*Ibid.*
¹⁴*Ibid.*

kewajiban hukum dokter di rumah sakit dalam memberikan informasi, baik diminta maupun tidak diminta, diberikan secara adekuat tentang perlunya tindakan medik & resiko yang dapat ditimbulkannya.

Terkait prinsip ini, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 290/Menkes/Per/11i/2008 mengatur:

- a. informasi diberikan secara lisan & cara penyampaian harus disesuaikan dengan kondisi & situasi pasien, dalam arti dokter harus memberikan informasi selengkap-lengkapya kecuali dokter menilai bahwa informasi yang akan diberikan merugikan pasien atau pasien menolak menerima informasi; dalam hal ini, dengan persetujuan pasien, maka dokter dapat meneruskan informasi kepada keluarga terdekat dari pasien & didampingi oleh seorang perawat/paramedik;
- b. informasi yang diberikan mencakup keuntungan & kerugian dari tindakan medik yang akan dilakukan, baik diagnostik maupun terapeutik;
- c. informasi cukup diberikan secara lisan; informasi harus diberikan secara jujur & benar kecuali dokter menilai akan merugikan pasien & informasi tersebut dengan persetujuan pasien akan diberikan kepada keluarga pasien;
- d. pemberi informasi adalah dokter yang bersangkutan, dalam hal berhalangan dapat diberikan oleh dokter lain dengan sepengetahuan & tanggungjawab dari dokter yang bersangkutan;

6.2.2. Hubungan Kontraktual antara Dokter dan Pasien, Kualifikasi Tindakan Medis yang Berisiko Tinggi Tidak Terdapat Dalam Peraturan

Dengan semakin meningkatnya peranan hukum dalam pelayanan kesehatan, yang antara lain disebabkan karena meningkatnya tingkat pendidikan, kesadaran masyarakat akan kebutuhan kesehatan, maka akan meningkat pula perhatian masyarakat tentang hak-haknya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang baik dan bermutu dengan pelayanan yang lebih luas dan mendalam. Adanya spesialisasi dan pembagian kerja akan membuat pelayanan kesehatan lebih merupakan kerjasama dengan pertanggung

jawaban diantara sesama pemberi bantuan, dan pertanggung jawaban terhadap pasien.

Dengan demikian, adanya gejala yang demikian itulah mendorong orang untuk berusaha menemukan dasar hukum (*yuridis*) bagi pelayanan kesehatan yang sebenarnya juga merupakan perbuatan hukum yang mengakibatkan timbulnya hubungan hukum, walaupun hal tersebut sering kali tidak disadari oleh dokter.

Salah satu bentuk hubungan kontraktual yang lahir dari persetujuan untuk membuat perikatan sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 290/Menkes/Per/111/2008 antara pasien dengan dokter dirumah sakit adalah adanya transaksi terapeutik dalam hubungan antara dokter dan pasien tersebut, artinya masing-masing pihak mempunyai hak dan kewajiban.¹⁵ Dokter berkewajiban memberikan pelayanan medis yang sebaik-baiknya bagi pasien. Pelayanan media ini dapat berupa penegakan diagnosis dengan benar sesuai prosedur, pemberian terapi, melakukan tindakan medik sesuai standar pelayanan medik, serta memberikan tindakan wajar yang memang diperlukan untuk kesembuhan pasiennya. Adanya upaya maksimal yang dilakukan dokter ini adalah bertujuan agar pasien tersebut dapat memperoleh hak yang diharapkannya dari transaksi yaitu kesembuhan ataupun pemulihan kesehatannya.

Namun, sesuai dengan yang telah disinggung pada bagian sebelumnya, masih banyak hal yang belum diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 290/Menkes/Per/111/2008, sehingga menimbulkan keraguan.

Kaidah-kaidah hukum yang ada di dalam Permenkes masih seringkali membingungkan karena baru beberapa tahun diterapkan, baik bagi dokter maupun bagi pasien.

Sebenarnya, kaidah-kaidah hukum yang ada di dalam Permenkes itu sangat sederhana, tetapi permasalahannya kaidah-kaidah yang ada di dalam Permenkes tersebut masih saja sering disalah artikan. Selain itu, masih

¹⁵Rabiyatul Adawiyah, *Loc.cit.*

banyak hal yang belum diatur dalam Permenkes itu, sehingga menimbulkan keraguan terkait kualifikasi tindakan medis yang berisiko tinggi.

Dalam Permenkes ketentuan terkait tindakan medis yang berisiko tinggi hanya diatur mengenai tata cara pemberian persetujuan dari pasien, yaitu harus dibuat persetujuan secara tertulis & ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan (*informed consent*).

Dalam istilah *informed consent*, secara implisit tercakup tentang informasi & persetujuan (*consent*), yaitu persetujuan yang diberikan setelah pasien informed (diberi informasi). Dapat dikatakan *informed consent* adalah “persetujuan yang diberikan berdasarkan informasi”.¹⁶

Pasal 1 (a) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 290/Menkes/Per/III/2008 menetapkan: “Persetujuan tindakan kedokteran adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekat setelah mendapat penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan terhadap pasien.”

Beberapa masalah yang seringkali timbul terkait istilah ini adalah pengertian *informed consent* itu sendiri yang disalah artikan oleh pasien dan dokter di RS. Dokter di RS berpendapat kalau pasien telah memberikan persetujuan untuk dilakukan tindakan medik, maka berarti dokter/RS akan bebas dari tuntutan/gugatan pasien, sebab dengan telah diberikannya persetujuan, berarti pasien telah melepaskan haknya untuk menuntut/menggugat sebagaimana pasien menganggap kalau sudah setuju, ya sudah kehilangan hak untuk menuntut dan menggugat.¹⁷

Konstruksi pemikiran di atas adalah salah, sebab persetujuan yang diberikan oleh pasien kepada dokter di RS, adalah persetujuan untuk dilakukan tindakan medik atas dirinya. Istilah umumnya dokter akan berkata: “saya permisi akan melakukan tindakan medik” dan pasien akan menjawab: “silakan melakukan tindakan medik”.

¹⁶Wila Ch. Supriadi, *Loc. Cit.*

¹⁷*Ibid.*

Dokter/RS harus meminta persetujuan pasien, sebagai misal kalau dokter/RS melakukan tindakan operasi tanpa persetujuan pasien dapat dikategorikan sebagai tindakan penganiayaan yang menurut hukum perdata dokter dapat digugat telah melakukan perbuatan melawan hukum. Jadi pada dasarnya, tidak perlu dokter memaksa pasien untuk dilakukan tindakan medik.

Apabila dalam pelaksanaan tindakan medik, dokter melakukan kesalahan/kelalaian, maka meskipun telah diberikan *informed consent* oleh Pasien kepada dokter/RS, bahkan kalau pun dituliskan secara tegas di dalam formulir *informed consent*, bahwa pasien setuju untuk tidak akan menuntut/menggugat, apabila terjadi sesuatu yang tidak diinginkan, tetap saja dokter/RS dapat dituntut & atau digugat.

Dapat dituntut/digugatnya dokter tidak ada hubungannya dengan *informed consent*, pelanggaran terhadap kewajiban *informed consent*, dokter/RS “hanya” diberi sanksi administrasi yaitu berupa teguran sampai dengan pencabutan izin praktik.¹⁸

Dalam hal dokter melakukan kesalahan/ kelalaian, kemudian kesalahan/kelalaian itu menimbulkan kerugian kepada pasien, yang artinya ada hubungan sebab akibat antara kesalahan & kerugian, maka pasien mempunyai hak untuk menggugat/menuntut dokter/RS.

Masalah lain adalah mengenai banyaknya informasi yang harus diberikan kepada pasien. Leenan, seorang guru besar hukum kesehatan dari Belanda memberikan pendapat tentang isi dari informasi yang dapat/harus diberikan kepada pasien: diagnosis, terapi (dengan kemungkinan alternatif terapi), tentang cara kerja & pengalaman dokter, risiko, kemungkinan perasaan sakit ataupun perasaan lainnya (misalnya gatal-gatal), keuntungan terapi, & prognosis.¹⁹

Kemudian masalah lain dalam pemberian informasi adalah bahasa yang dipakai oleh dokter dalam menyampaikan informasi. Seperti diketahui kebanyakan pasien adalah awam dengan bahasa kedokteran & tidak semua istilah-istilah kedokteran dapat diterjemahkan dengan mudah ke dalam

¹⁸ *Ibid.*

¹⁹ *Ibid.*

bahasa orang awam. Seharusnya dokter menggunakan bahasa yang mudah dimengerti oleh pasien & pasien yang tidak mengerti tidak segan-segan untuk mengajukan pertanyaan kepada dokter.

Masalah selanjutnya mengenai informasi, adalah mengenai turut campur keluarga dalam pemberian informasi. Peraturan mengatur, informasi diberikan kepada pasien, dalam hal dokter menilai pasien tidak akan sanggup menerima informasi, maka informasi dapat disampaikan ke keluarga terdekat, tetapi dengan izin dari pasien.

Seringkali dokter memberikan informasi kepada keluarga pasien jauh lebih rinci dibandingkan yang diberikan kepada pasien, bahkan tanpa izin pasien. Hal ini sama dengan membuka rahasia jabatan & diancam dengan hukuman pidana.²⁰

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 290/Menkes/Per/III/2008 jelas telah menentukan bahwa bagi mereka yang berumur di atas 21 tahun/telah melangsungkan perkawinan & dalam keadaan sadar & sehat mental berhak memberikan persetujuan. Di dalam praktik, banyak dokter/RS yang mensyaratkan selain pasien yang bersangkutan, juga adanya pihak ketiga (keluarga terdekat, termasuk suami/istri) yang harus ikut memberikan persetujuan. Kadang-kadang syarat mengikut sertakan pihak ketiga (keluarga) menimbulkan masalah, yaitu dalam hal tidak ada kesepakatan antara pasien & keluarga mengenai tindakan medik yang akan dilaksanakan.

Yang dipertanyakan di sini adalah mengapa pihak RS mensyaratkan hal ini? Bukankah Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 290/Menkes/Per/III/2008 tidak mewajibkan adanya izin dari keluarga? Argumen dari RS adalah demi keamanan, takut digugat keluarga. Perlu disadari kalau terjadi kesalahan/kelalaian, meski pun keluarga ikut memberikan persetujuan, dokter/RS tidak dapat menghindarkan tanggungjawab hukum dengan dalih keluarga telah memberikan persetujuan.²¹

²⁰ *Ibid.*

²¹ *Ibid.*

Harus diakui banyak masalah tentang informed consent terkait tindakan medis yang berisiko tinggi disebabkan masih banyak hal yang belum diatur oleh Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 290/Menkes/Per/III/2008. Sebaiknya pemerintah departemen kesehatan membentuk peraturan pelaksanaan dalam bentuk peraturan pemerintah tentang informed consent terutama terkait tindakan medis yang berisiko tinggi, agar tidak terjadi ketidakpastian hukum yang berlanjut, yang akhirnya akan merugikan pasien & dokter/RS khususnya & masyarakat umumnya.

6.3. Implementasi Perlindungan Hukum Hak Pasien di Rumah Sakit Terkait Faktor Sosiologis dan Etis

Hukum pada umumnya diartikan sebagai keseluruhan kumpulan peraturan-peraturan tertulis atau kaidah-kaidah dalam suatu masyarakat sebagai susunan sosial, keseluruhan peraturan tingkah laku yang berlaku dalam suatu kehidupan bersama, yang dapat dipaksakan pelaksanaannya dengan suatu sanksi.²² Menurut Van Apeldoorn, tujuan hukum ialah mengatur tata tertib masyarakat secara damai dan adil. perdamaian di antara manusia dipertahankan oleh hukum dengan melindungi kepentingan-kepentingan manusia yang tertentu, kehormatan, kemerdekaan, jiwa, harta, dan sebagainya terhadap yang merugikannya.

Pengaturan perlindungan hukum pasien dalam berbagai peraturan dibuat oleh Pemerintah (pembuat kebijakan) dalam rangka melindungi kepentingan antara berbagai pihak dalam pelayanan kesehatan. Perlindungan hukum bagi pasien menyangkut berbagai hal yaitu masalah hubungan hukum pasien dengan tenaga kesehatan, hak dan kewajiban para pihak dan pertanggungjawaban dan aspek penegakan hukumnya.

Rumah Sakit selain memberikan hak pasien, juga harus senantiasa menjaga keselamatan pasien sesuai dengan standar keselamatan pasien. Standar keselamatan pasien dilaksanakan melalui pelaporan insiden, menganalisa, dan menetapkan pemecahan masalah dalam rangka menurunkan angka kejadian

²² Sudikno Mertokusumo, *Mengenal Hukum Suatu Pengantar*, Liberty, Yogyakarta, 1985, h. 40.

yang diharapkan.²³ Selain itu rumah sakit bertanggung jawab secara hukum terhadap semua kerugian yang ditimbulkan atas kelalaian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di Rumah Sakit.²⁴ Jadi apabila pasien atau pengguna jasa Rumah Sakit tidak mendapatkan hak-haknya sebagai pasien baik itu karena kelalaian atau kesengajaan tenaga kesehatan, maka pihak Rumah Sakit wajib bertanggung jawab atas kerugian pasien tersebut. Untuk mengetahui keluhan pasien terhadap pelayanan rumah sakit ataupun pemenuhan hak pasien, biasanya di beberapa Rumah sakit besar terdapat Unit Pengaduan Pasien yang berfungsi sebagai tempat mengadu para pasien atas tindakan kelalaian atau kesengajaan tenaga kesehatan maupun ketidakpuasan atas pelayanan rumah sakit. Pada tahapan ini, temuan di lapangan menunjukkan bahwa dalam sistem sosial yang ada, masyarakat masih menganggap kedudukan dokter dan tenaga medis lebih superior sehingga ada rasa segan mengungkap ketidakpuasan yang sebenarnya dirasakan.

Upaya perlindungan hukum terhadap hak pasien di rumah sakit dalam implementasinya tidak sekedar diperlukan hukum normatif. Karakter masyarakat sebagai pasien beragam di setiap daerah. Pengetahuan secara *common sense* membentuk epistemologi pasien tentang hak terhadap pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Hak atas dasar pengetahuan *common sense* ini yang dipegang masyarakat, dan setiap kebudayaan memiliki pengetahuan *common sense* masing-masing. Setiap pasien memiliki pemahaman yang berbeda mengenai hak pasien di rumah sakit. Bahasa awam masyarakat sering kali menyamakan hak dengan harapan. Ketika pelayanan kesehatan di rumah sakit tidak sesuai dengan harapan, maka sering kali ada tuntutan pelanggaran hak pasien.

Pengetahuan yang kurang lengkap mengenai hak pasien yang kemudian memunculkan masalah dalam upaya penegakan hak pasien di rumah sakit. Banyak rumah sakit yang karena undang-undang telah mewajibkan, memasang poster maupun pengumuman mengenai hak-hak pasien di rumah sakit. Akan

²³ Pasal 43 ayat (1) dan (2) Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit

²⁴ Pasal 46 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

tetapi sangat sedikit pasien ataupun keluarga pasien yang secara khusus mau membaca dan mempelajarinya.

“Ada itu ditempel di atas tempat tidur, tapi saya belum baca” – pasien di Medan

6.3.1. Akuntabilitas etik pelayanan rumah sakit

Dasar etik hubungan dokter dan pasien di rumah sakit adalah rasa percaya. Rasa percaya ini dibangun atas dasar profesionalisme rumah sakit dan tenaga medis. Dalam penelitian ini akuntabilitas pelayanan di rumah sakit dilihat dari faktor ketersediaan dan pelaksanaan SOP (*Standart Operational Procedure*), mutu pelayanan, dan adanya sistem tanggung gugat rumah sakit.

1. *Standart Operational Procedure (SOP)*

Kewajiban dokter dalam pelayanan kesehatan kepada pasien adalah melakukan upaya medis yang berkualitas sesuai dengan standar (*Standart Operational Procedure*) yaitu suatu tingkatan kualitas yang menggambarkan telah diterapkannya ilmu, keterampilan, pertimbangan dan perhatian yang layak sebagaimana yang dilakukan oleh kebanyakan dokter dengan keahlian sama ketika menghadapi situasi yang sama pula (Purnamasari, 2002). Hal ini mengandung implikasi etik bahwa dokter harus memberikan pelayanan medik terbaik kepada pasien sesuai kompetensinya.

Setiap tindakan medis di rumah sakit memiliki standar prosedur operasional untuk menjamin bahwa tindakan medis yang dilakukan memiliki dasar profesional sekaligus untuk menghindari terjadinya kelalaian medis. SOP merupakan pedoman yang dijadikan rujukan untuk melakukan tindakan medis.

Setiap rumah sakit yang menjadi subjek penelitian ini telah memiliki SOP untuk setiap tindakan medis, akan tetapi dalam penerapannya masih terdapat beberapa kendala.

6.4. Kendali Mutu RS Dalam Menjamin Terlindunginya Hak Pasien.

6.4.1. Standar mutu tenaga medis

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit mengamanatkan bahwa setiap rumah sakit harus membentuk komite medik. Tugas komite medik di rumah sakit adalah:

- a) Melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit;
- b) Memelihara mutu profesi staf medis; dan
- c) Menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.

Kredensial merupakan semacam audit serta evaluasi kewenangan klinis seorang dokter, sehingga dokter melakukan tindakan medis sesuai dengan kemampuannya. Tujuannya adalah menjamin bahwa pelayanan yang diberikan kepada pasien merupakan pelayanan yang bermutu. Pasien mendapat pelayanan dari dokter yang sudah ditapis sehingga mendapatkan pelayanan yang terbaik.

Tujuan menjaga mutu pelayanan medis ini bukan tanpa kendala. Ada banyak faktor yang ditemukan di lapangan yang menyebabkan fungsi jaminan mutu pelayanan yang menjadi tanggung jawab komite medik tidak optimal. Beberapa faktor tersebut adalah:

- a) Anggapan dokter bahwa audit medik dan kredensial merupakan penilaian kinerja. Sikap ini banyak ditemukan pada dokter senior. Rekredensial kadang dianggap sebagai ketidakpercayaan manajemen rumah sakit terhadap kemampuan dokter.
- b) Ditemukan masih ada komite medik yang merasa canggung untuk merekredensial dokter senior.

“dokter ini sudah tua (senior), siapa yang menentukan dia boleh praktik di rumah sakit ini, temen-temen komite medik...tapi ya itulah, kita tunggu satu tahun juga tidak keluar surat-suratnya (surat rekomendasi hasil rekredensial) – Direktur rumah sakit di Medan Sumut.

- c) Untuk rumah sakit umum daerah, penempatan tenaga medis disebuah rumah sakit ditentukan oleh pemerintah daerah. Rumah sakit tidak bisa merekrut

langsung sehingga proses kredensial tidak berjalan. Rumah sakit hanya bisa membatasi kewenangan klinik seorang tenaga medisnya.

- d) Untuk rumah sakit swasta banyak yang tidak memiliki dokter spesialis tetap. Dokter spesialis diambil dari rumah sakit lain sebagai dokter tamu. Rekredensial sulit dilakukan untuk dokter tamu karena mereka tidak terikat secara langsung kepada rumah sakit.

6.4.2. Evaluasi terhadap upaya pemenuhan hak pasien

Tidak mudah untuk mengetahui apakah hak pasien telah terpenuhi sesuai yang diamanatkan dalam UU 44/ 2009. Rumah sakit menilai bahwa adanya pelanggaran hak dapat dilihat dari aduan yang diterima oleh manajemen. Memang tidak semua aduan yang masuk berarti ada pelanggaran hak pasien. Bisa saja terjadi pelanggaran hak pasien namun pasien sendiri tidak menyadarinya sehingga tidak ada aduan kepada pihak rumah sakit. Setidaknya aduan yang masuk adalah salah satu cara untuk mengetahui apabila pasien merasa haknya tidak terpenuhi.

Tidak dapat dipungkiri hubungan dokter-pasien yang kami temui kebanyakan masih menganut pola paternalistik, membuat pasien merasa segan untuk menyampaikan ketidakpuasannya pada pihak rumah sakit. Pasien Jamkesmas atau Jamkesda yang pembiayaannya ditanggung oleh pemerintah, merasa bahwa mereka seharusnya tidak banyak menuntut kualitas pelayanan karena tidak sepeser pun mereka mengeluarkan biaya untuk pengobatannya. Pasien yang berobat dengan pembiayaan sendiri atau ditanggung asuransi swasta, juga masih enggan mengeluhkan ketidak puasannya karena khawatir malah mendapat perlakuan yang diskriminatif dari rumah sakit. Perasaan dimana pasien ada di posisi yang lebih membutuhkan pertolongan membuat pasien mengambil sikap 'aman' agar tetap mendapat pelayanan kesehatan, seperti apapun bentuknya. Hal serupa dijumpai di seluruh rumah sakit yang menjadi subyek penelitian, baik rumah sakit pemerintah yang didominasi oleh pasien tanggungan negara maupun rumah sakit swasta yang lebih banyak menggunakan biaya pribadi sebagai sumber pendanaan pengobatannya. Lebih ekstrem, ada sebagian pasien yang menyatakan bahwa lebih baik melampiaskan ketidak puasannya melalui media massa agar lebih diperhatikan oleh pihak rumah sakit.

“Saya awalnya di rawat di rumah sakit pemerintah, akan tetapi saya tidak diberikan penjelasan sakit saya dan dibiarkan sambil menunggu dokter ahli yg sedang cuti, akhirnya saya datang kesini atas biaya perusahaan. Begitu saya masuk sudah dijelaskan apa yang menjadi hak dan kewajiban saya, namun saya belum dijelaskan apa yang menjadi kewajiban rumah sakit dan dokter (apa ya lupa atau saya harus menanyakan)pasien rawat inap (pendidikan S2)”

“Ada sih sempat nggak puas sama dokternya, kok tiap ditanya soal sakit istri saya jawabnya begitu-begitu saja. Mau gimana lagi, rumah sakit ini sudah yang terbaik ada di daerah sini. Rumah sakit lain mungkin lebih nggak bagus lagi pelayanannya. Saya berharap cepat sembuh saja” --- Suami pasien dengan tingkat pendidikan S2

“Paien Jamkesmas, memang kalau tidak hayar apakah tidak boleh berkomunikasi dengan dokter, saya pikir kalau terjadi apa-apa dengan kesehatan saya saya akan lapor ada banyak orang, disini banyak calo yang sering bantu dan menanyakan ketidakpuasan pasien” ... Pasien Jamkesmas (pendidikan SLTP)

Prosedur aduan dari pasien disampaikan secara lisan maupun tertulis yang ditujukan ke pihak rumah sakit. Seluruh rumah sakit yang kami wawancarai menyediakan media penyampaian aspirasi pasien, bentuknya beragam mulai dari kotak saran, nomor telepon pengaduan, alamat email elektronik hingga menyediakan petugas untuk menerima pengaduan langsung yaitu petugas rumah sakit akan berkeliling untuk memberikan formulir aduan/ketidakpuasan pasien.

Aduan yang masuk kemudian dibahas dalam suatu rapat yang dihadiri pihak manajemen rumah sakit dan petugas pelaksana. Waktu yang diperlukan rumah sakit untuk menindak lanjuti aduan tersebut bervariasi, tergantung besarnya masalah yang dihadapi. Tidak ada patokan khusus yang menentukan besaran masalah, hanya berdasar pertimbangan petugas. Tindak lanjut dari rumah sakit kepada pasien terhadap aduan tersebut dapat berupa surat maupun penjelasan langsung melalui telepon.

Penyebaran angket kepuasan pelanggan juga salah satu cara rumah sakit untuk menjaring penilaian pengguna layanannya terhadap performa petugas rumah sakit. Pasien rawat inap dan rawat jalan yang telah selesai masa perawatannya diminta

untuk menilai pelayanan rumah sakit melalui angket tersebut. Frekuensi pelaksanaannya bervariasi tergantung kebijakan rumah sakit, sekitar satu hingga dua kali setiap tahunnya. Dari pengamatan kami, rumah sakit yang rutin melakukan adalah rumah sakit pemerintah yang digunakan sebagai rumah sakit pendidikan dan rumah sakit swasta.

6.5. Mekanisme Penyelesaian Sengketa Untuk Menjamin Perlindungan Hukum Atas Hak pasien

Baik angket maupun aduan yang diterima rumah sakit membutuhkan tanggapan dari pihak rumah sakit dan juga perbaikan sistem apabila diperlukan. Tanggapan yang diberikan ke pasien dapat berupa klarifikasi maupun permintaan maaf dari pihak rumah sakit. Dari semua rumah sakit yang didatangi, tidak ada satu pun rumah sakit yang memiliki prosedur tetap untuk penyelesaian ini. Penanganan kasus dilakukan sesuai kebutuhan masing-masing kasus.

Ketika muncul aduan dari pasien dan telah diberikan penjelasan kepada pasien maupun keluarganya, terkadang ada kasus yang menjadi gugatan hukum. Setiap rumah sakit memiliki bagian hukum dalam organisasinya dan juga konsultan hukum kesehatan yang ditunjuk sebagai perwakilan dari pihak rumah sakit.

6.5.1. Bentuk penyelesaian yang diinginkan pihak pasien

Masalah yang paling sering diadukan pasien adalah kurangnya penjelasan dari dokter terkait penyakit maupun pengobatan yang diberikan. Selanjutnya mengenai pelayanan yang tidak ramah dari petugas kesehatan dan waktu tunggu yang lama untuk mendapat pelayanan.

Menurut hasil wawancara yang dilakukan, pasien merasa kecewa dan mempertanyakan kepada pihak rumah sakit ketika merasa ada keganjilan atau kurang maksimalnya upaya yang diberikan dokter dalam proses pelayanan yang diterimanya. Apabila pasien menilai respon yang diberikan rumah sakit cukup memuaskan, pasien akan berhenti sampai di tahap ini. Misalnya penjelasan atau klarifikasi atas masalah yang diajukan pasien dapat menyelesaikan permasalahan. Ketika respon rumah sakit tidak mampu menjelaskan permasalahan yang diinginkan pasien akan melanjutkannya gugatan hukum.

Seluruh pasien yang kami wawancarai mengungkapkan bahwa penyelesaian secara hukum adalah langkah terakhir yang mereka pilih dan sangat dihindari. Kerumitan tata cara hukum yang tidak mereka pahami dan besaran biaya yang digunakan untuk jasa pengacara termasuk dalam keberatan yang mereka ajukan.

Pasien lebih menyukai penyelesaian secara kekeluargaan, yang merupakan pertemuan antar pihak pasien dengan rumah sakit untuk menjelaskan duduk permasalahan yang sebenarnya dan mencari solusi bersama. Yang diinginkan pasien adalah penjelasan dari pihak rumah sakit dan meminta agar kejadian tersebut tidak terulang lagi. Pasien sepenuhnya menyadari bahwa tenaga kesehatan-dokter dan perawat-selalu berniat baik untuk menolong sesamanya untuk mencapai kesembuhan. Namun upaya tersebut, menurut pasien, tidak lepas dari kehendak Tuhan. Sehingga pasien menyadari betul bahwa seorang dokter hanya bisa mengupayakan pertolongan yang sebaik-baiknya tanpa menjanjikan kesembuhan yang pasti.

Apabila terjadi sesuatu hal yang mengakibatkan kerugian pada pasien yang diakibatkan oleh kelalaian rumah sakit atau stafnya, pasien menginginkan permintaan maaf dan perawatan dari pihak rumah sakit hingga pasien dapat kembali pulih. Permintaan maaf dinilai pasien sebagai salah satu bentuk tanggung jawab rumah sakit, dengan kata lain rumah sakit mengakui adanya kelalaian. Dengan demikian, diharapkan rumah sakit mau mengevaluasi kinerjanya dan melakukan perbaikan yang semestinya. Biaya yang timbul dari kejadian tersebut diharapkan juga mendapat bantuan sepenuhnya atau keringanan dari pihak rumah sakit.

Hampir semua pasien yang kami temui menekankan pada kewaspadaan rumah sakit akan kelalaian yang serupa agar tidak terulang kembali.

6.5.2. Bentuk penyelesaian yang diinginkan pihak rumah sakit

Kesalahan dalam berkomunikasi diakui sebagai penyebab terbanyak aduan bahkan gugatan pasien yang diajukan kepada rumah sakit. Dengan memperbaiki teknik berkomunikasi pula rumah sakit dapat memperbaiki hubungannya dengan pasien yang mengajukan aduan atau gugatan. Meski belum ada rumah sakit yang memiliki prosedur baku penanganan aduan atau gugatan, rumah sakit sepatutnya untuk

mengupayakan proses damai sebelum berlanjut ke pengadilan. Proses damai yang dimaksud adalah mengadakan pertemuan dengan pihak keluarga pasien

6.5.3. Sistem tanggung gugat medis

Rumah Sakit sebagai sarana pelayanan kesehatan terhadap masyarakat melibatkan dokter sebagai pegawai ataupun mitra dalam menjalankan tugas pelayanan kesehatan terhadap pasien, sehingga bila terjadi gugatan atau tuntutan dari pasien akibat kegagalan dalam pelayanan medis di rumah sakit maka rumah sakit ikut bertanggung jawab.

Terkait dengan Pasal 1367 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, Direktur Rumah Sakit ikut berbagi tanggung jawab bila ada kesalahan dari dokter yang menjadi tanggung jawabnya, hal ini disebut sebagai *vicarius liability*. Dengan prinsip ini maka rumah sakit dapat bertanggung gugat atas kesalahan yang dilakukan dokter-dokternya (sub-ordinatnya), asalkan dapat dibuktikan bahwa tindakan dokter itu dalam rangka melaksanakan kewajiban rumah sakit.

Tanggung jawab rumah sakit terhadap dokter itu dibedakan menjadi 2 (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 bila hal ini sampai ke pengadilan. Namun apabila sengketa dokter dengan pasien ini dapat diselesaikan dengan musyawarah saja maka yang menyangkut biaya rumah sakit dibebaskan. Ini merupakan perwujudan tanggung jawab moral dari rumah sakit. Saat ini klaim malpraktik banyak dilakukan melalui mekanisme asuransi malpraktik.

Seorang pasien atau keluarganya yang menganggap bahwa dokter tidak melakukan kewajiban-kewajiban kontraktualnya dapat menggugat dengan alasan wanprestasi dan menuntut agar mereka memenuhi syarat-syarat tersebut. Pasien juga dapat menuntut kompensasi secara materiil dan immaterial atas kerugian yang dideritanya. Namun jika perbuatan atau tindakan dokter yang bersangkutan berakibat merugikan pasien dan merupakan perbuatan yang melawan hukum seperti yang diatur dalam Pasal 1370 dan 1371 KUHPerdara, maka dokter tersebut bertanggung jawab untuk mengganti kerugian kepada pasien walaupun tidak adanya hubungan kontraktual. Pasal 1370 dan Pasal 1371 berbunyi:

Pasal 1370

Dalam hal pembunuhan (menyebabkan matinya orang lain) dengan sengaja atau kurang hati-hati seseorang, maka suami dan isteri yang ditinggalkan, anak atau orang tua korban yang biasanya mendapat nafkah dari pekerjaan korban, mempunyai hak untuk menuntut suatu ganti rugi, yang harus dinilai menurut kedudukannya dan kekayaan kedua belah pihak serta menurut keadaan.

Pasal 1371

Penyebab luka atau cacatnya suatu anggota badan dengan sengaja atau kurang hati-hati, memberikan hak kepada korban, selain penggantian biaya-biaya penyembuhan, juga menuntut penggantian kerugian yang disebabkan oleh luka atau cacat tersebut.

Tuntutan kerugian selain diajukan kepada dokter sebagai individu, juga dapat dilakukan pasien kepada rumah sakit atau tempat pelayanan kesehatan lain. Rumah sakit dapat dituntut akibat tindakan dari dokter maupun tenaga kesehatan lain yang terdapat di rumah sakit tersebut yang menyebabkan kerugian bagi orang lain. Hal ini berdasarkan Pasal 1367 KUHPerdara yang berbunyi:

Seseorang tidak hanya bertanggungjawab atas kerugian yang disebabkan perbuatannya sendiri, melainkan juga atas kerugian yang disebabkan perbuatan orang-orang yang menjadi tanggungannya, atau disebabkan barang-barang yang berada di bawah penguasannya.²⁵

6.6. Bentuk perlindungan Hukum Atas Hak Pasien Yang Di Usulkan

Tidak dapat disangkal bahwa relasi yang tidak setara dalam proses pelayanan kesehatan di Indonesia masih terjadi. Hubungan yang dibangun antara masyarakat (pasien) dengan pemberi pelayanan kesehatan (dokter, perawat atau bidan dll) masih menggunakan tipikal hubungan yang menempatkan pemberi pelayanan kesehatan diatas dari subyek pelayanan (masyarakat). Masih banyak anggapan bahwa para pemberi pelayanan kesehatan mengetahui yang terbaik apa yang dilakukan dalam suatu pelayanan kesehatan, seringkali konsep ini dikenal dengan *father knows the*

²⁵ *Ibid.*

best. Konsep semacam inilah yang akhirnya memiliki kecenderungan terjadinya kelalaian dan kesalahan dalam pelayanan yang diberikan karena seolah tak suatu pola pengawasan yang berarti dari si penerima manfaat.

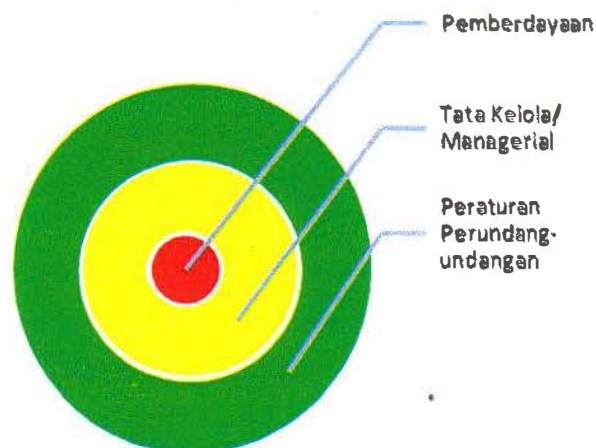
Pola relasi yang dikembangkan dalam pelayanan kesehatan tersebut telah menumbuhkan pola pikir dan perilaku masyarakat yang sedemikian pasif saat mengakses pelayanan kesehatan. Hal inilah yang kemudian seolah memosisikan masyarakat sebagai pasien selalu memosisikan diri dalam pihak yang membutuhkan. Pola ini membuat kebanyakan masyarakat selalu menerima apa saja yang dilakukan para pemberi pelayanan kesehatan tanpa memiliki inisiatif untuk berperan aktif. Mereka kebanyakan masih tak mengetahui bahwa dalam pola pelayanan kesehatan, mereka memiliki hak-hak tertentu yang seharusnya diberikan oleh pemberi pelayanan.

Selain disebabkan dengan pola pelayanan yang dikembangkan, kondisi pasifnya masyarakat dalam proses pelayanan kesehatan yang dilakukan didasari oleh tingkat pengetahuan dan pemahaman masyarakat yang memang masih rendah. Kurangnya pemahaman dan pengetahuan tersebut yang pada akhirnya membuat masyarakat seolah tak ada pilihan lain dalam mengakses pelayanan kesehatan. Kurangnya pengetahuan tersebut mulai dari hal-hal mendasar dalam prinsip pelayanan kesehatan atau tindakan medis yang akan mereka dapatkan. Misalnya, tidak banyak orang yang mengetahui bahwa proses pelayanan kesehatan tidak bertujuan pada hasil akan tetapi upaya yang dilakukan para tenaga kesehatan. Di masyarakat masih banyak didapati pemikiran memang sebaiknya para pasien tidak sepenuhnya tahu atas tindakan medis yang dilakukan karena terkadang informasi yang diberikan terkesan menyeramkan bagi pasien dari masyarakat awam. Hal terpenting yang ada dalam benak masyarakat saat mengakses pelayanan kesehatan hanyalah harapan untuk sembuh dari penyakit yang diderita.

Tak hanya itu, konsepsi yang kurang benar yang berkembang di masyarakat bahwa dalam pelayanan kesehatan terjadi suatu strata tersendiri. Penggolongan ini seringkali dipersepsikan berdasar kemampuan financial seseorang. Dalam banyak benak masyarakat, jika mengakses pelayanan kesehatan yang disediakan pemerintah melalui pola jaminan kesehatan mereka merasa memang wajar saat diperlakukan berbeda dengan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh swasta. Menjadi

stereotyping bahwa jika ingin mendapat kualitas pelayanan kesehatan yang bagus adalah di tempat yang dikelola swasta sedangkan bila di pelayanan milik pemerintah jangan mengharapkan kualitas pelayanan prima.

Atas kondisi tersebut, yaitu dari pengetahuan dan pemahaman yang rendah serta pola pikir masyarakat, pemerintah memiliki tanggung jawab untuk memperbaiki hal tersebut. Peran serta pemerintah sangatlah penting karena dalam pola relasi dalam pelayanan kesehatan yang tidak seimbang, pemerintah harus hadir untuk mencegah dominasi salah satu stakeholder. Pemerintah mempunyai kewajiban hadir dalam setiap proses untuk memastikan berjalannya pelayanan kesehatan dengan baik. Setidaknya kehadiran pemerintah tersebut dalam tiga ranah pengelolaan dalam pelayanan kesehatan.



Gambar 6.2. Prioritas Pembenahan Kebijakan

Pertama adalah melalui pengelolaan peraturan perundang-undang terkait pelayanan kesehatan, baik yang berdampak secara langsung maupun tidak. Setiap peraturan perundang-undangan yang telah ada dan akan dihasilkan haruslah memiliki konsekuensi untuk memperbaiki kondisi sosiologis yang ada. Dalam perbaikan tingkat pemahaman dan pengetahuan masyarakat dalam pelayanan kesehatan beserta hak-haknya, pemerintah memberi pengaturan yang tegas atas siapa yang bertanggung jawab atas edukasi masyarakat. Pada sisi pola pikir masyarakat pemerintah sebaiknya mempertegas standar operasional dan kejelasan peran serta masyarakat sebagai pasien dalam setiap pelayanan kesehatan untuk mencegah terjadinya kelalaian dan

wilayah abu-abu dalam pelayanan kesehatan – terutama yang memiliki risiko tinggi. Selama ini ketiadaan standar operasional yang jelas menjadikan banyaknya variasi pola pelayanan kesehatan dan berdampak pada timbulnya persepsi-persepsi keliru dalam pelayanan kesehatan itu sendiri. Pada sisi hulu suatu pelayanan kesehatan, yaitu penciptaan tenaga kesehatan, perlu dilakukan tata ulang untuk mengubah pola relasi pelayanan kesehatan yang tidak seimbang. Harus ada undang-undang yang menjadi social engineering untuk menjadi pengubah pola dan pemikiran para pemberi pelayanan kesehatan.

Hal kedua yang memerlukan campur tangan pemerintah adalah tata kelola managerial sebuah institusi pelayanan kesehatan yang ada. Campur tangan pemerintah ini ditujukan untuk memperbaiki budaya kerja dan pola pelayanan kesehatan yang telah ada. Perbaikan tersebut mulai rasionalisasi sumber daya manusia hingga tata kelola organisasi institusi pelayanan kesehatan yang mendukung check and balances dalam proses pelayanan kesehatan. Hal tersebut diperlukan untuk memastikan terjadinya pengawasan serta menanggulangi ketimpangan dalam pola pelayanan kesehatan – terutama berkaitan dengan pasien.

Yang terakhir, dan menjadi inti dari perlindungan hak-hak pasien adalah pemberdayaan masyarakat. Menjadi inti dari upaya perlindungan hak pasien karena disinilah memang menjadi titik awal persoalan peliknya perlindungan terhadap hak-hak pasien. Selama ini masyarakat sebagai pengakses pelayanan kesehatan belum ditempatkan pada sebagai subyek pelayanan kesehatan. Tidak diposisikannya masyarakat sebagaimana semestinya menjadikan mereka selalu hanya menjadi obyek dan tak pernah mampu mengadvokasi dirinya sendiri. Pola-pola pemberdayaan ini dapat dilakukan dengan peningkatan pusat-pusat kesehatan yang berbasis masyarakat untuk lebih melakukan edukasi dan pemberdayaan masyarakat dalam pola pelayanan kesehatan.

BAB 7

Kesimpulan dan Saran

7.1. Kesimpulan

7.1.1. Hubungan hukum dokter dan pasien

Dokter sudah memahami bentuk hubungan hukum kontraktual yang menitik beratkan pada proses usaha yang sebaik-baiknya. Sedangkan pasien masih menganggap hubungan dokter-pasien sebagai hubungan paternalistik dimana pasien harus tunduk pada anjuran dokter yang dianggap lebih mengerti status kesehatan pasien.

7.1.2. Faktor sosiologis

Yang mempengaruhi implementasi peraturan mengenai perlindungan hukum atas hak pasien di rumah sakit adalah tidak meratanya alokasi sumber daya tenaga kesehatan, pemahaman pasien maupun petugas terhadap perlindungan hak pasien yang sesungguhnya dan sistem sosial yang masih memungkinkan pandangan superioritas tenaga kesehatan.

7.1.3. Pelaksanaan kendali mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit masih belum berjalan dengan baik dikarenakan beban kerja berlebih masing-masing petugas yang bertanggung jawab atas proses tersebut serta pola pikir petugas kesehatan tentang *personal-blaming*.

7.1.4. Makna perlindungan hukum atas hak pasien di rumah sakit bagi manajemen rumah sakit baru sebatas kekhawatiran akan terjadinya tuntutan hukum pada pihak rumah sakit. Demikian pula pada dokter, keduanya belum menganggap perlindungan hukum tersebut adalah salah satu cara untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang diselenggarakan. Pasien masih banyak yang tidak menyadari perlunya perlindungan hukum dikarenakan mengutamakan kesembuhan sebagai kebutuhan utamanya.

7.1.5. Bentuk perlindungan hukum dan upaya pemulihan atas hak pasien menurut kebutuhan pasien dan manajemen rumah sakit melalui suatu perundingan tanpa

mediator atau perantara. Selain itu, *medical error disclosure* perlu dilakukan sebagai media pembelajaran profesionalisme dokter dan edukasi bagi pasien.

7.2. Saran

Campur tangan pemerintah dalam hal peningkatan pemahaman serta kesadaran atas hak pasien di rumah sakit perlu segera dilakukan. Hal ini dimaksudkan untuk menyeimbangkan kembali pola hubungan pasien-dokter yang berpengaruh pada hubungan hukum yang akan terjadi atasnya. Dengan demikian, pengawasan melekat yang dilakukan dari pihak pasien maupun sesama petugas kesehatan dapat membuat proses perlindungan hukum ini berjalan berkesinambungan sekaligus meningkatkan profesionalisme tenaga kesehatan, dokter pada khususnya.

Wacana suatu sistem tanggung gugat yang merupakan mata rantai terakhir dalam proses penyelesaian sengketa medik ketika terjadi pelanggaran hak pasien, perlu segera digulirkan agar didapat kepastian sumber dana dan alur penggantian biaya ganti pasien.

DAFTAR KEPUSTAKAAN

Literatur :

- Singer, PA, AM, Viens 2008, *The Cambridge Textbook of Bioethics*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Rhodes, R, Francis LP, Silvers A 2007, *The Blackwell Guide to Medical Ethics*, Blackwell Publishing, Australia.
- Kristiana, Lusi 2012. Kompas.com
- Post, Stephen G 2004, *Encyclopedia of Bioethics*, Macmillan Reference, New York.
- Bertens, K. (2011). *Etika*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Chalmers, J. (2008). Capacity. Dalam P. A. Singer, & A. M. Viens, *The Cambridge Textbook of Bioethics* (hal. 17-23). New York: Chambridge University Press.
- Dykeman, M. J., & Dewhirst, K. (2008). Voluntariness. Dalam P. A. Singer, & A. M. Viens, *The Cambridge Textbook of Bioethics* (hal. 31-35). New York: Cambridge University Press.
- Hebert, P. C., Hoffnaster, B., & Glass, k. C. (2008). Truth Telling. Dalam P. A. Singer, & A. Viens, *The Cambridge Textbook of Bioethics* (hal. 36-42). New York: Cambridge University Press.
- Irianto, S. (2011). Memperkenalkan Studi Sosiolegal dan Implikasi Metodologisnya. Dalam S. Irianto, & Shidarta, *Metode Penelitian Hukum: Konstelasi dan Refleksi* (hal. 173-190). Jakarta: Yayasan Pustaka Obor Indonesia.
- Jennings, B. (2007). Autonomy. Dalam B. Steinbock, *The Oxford Handbook of Bioethics* (hal. 72-89). New York: Oxford University Press.
- Maclean, A. (2009). *Autonomy, Informed Consent and medical Law: A Relational Challenge*. New York: Cambridge University Press.
- Purnamasari, T. I. (2002). Telaah Hukum Perjanjian Terapeutik Antara Pasien Dengan Dokter di Rumah Sakit Umum Dalam Rangka Perlindungan Konsumen (Tesis). Semarang: Program Magister Ilmu Hukum Universitas Diponegoro.
- Rachels, J. (2004). *Filsafat Moral*. Yogyakarta: Penerbit Kanisius.

Slowther, A., & Kleinman, I. (2008). Confidentiality. Dalam P. A. Singer, & A. M. Viens, *The Cambridge Textbook of Bioethics* (hal. 43-48). New York: Cambridge University Press.

Peraturan

Undang undang nomor 36 tahun 2009, tentang Kesehatan

Undang-undang nomor 44 tahun 2009, tentang Rumah sakit

Peraturan Menteri Kesehatan nomor 755/MemKes/Per/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit

Peraturan Menteri Kesehatan nomor 1691/MenKes/Per/VII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit

UCAPAN TERIMA KASIH

Penghargaan yang setinggi-tingginya kami sampaikan kepada seluruh pihak yang membantu proses penelitian ini. Dalam kesempatan ini kami mengucapkan terima kasih kepada:

1. Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI
2. Kepala Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat; Badan Litbangkes
3. Kepala Bidang Humaniora Kesehatan; Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Badan Litbangkes
4. Direktur beserta Jajaran Manajemen RSUP H. Adam Malik, RSU Santo Elisabeth Medan, RS Awal Bros Batam, RSAL Midiyato Tanjung Pinang, RSUD Sanggau, RSUP Hasan Sadikin, RS Borromeus Bandung, RSUD Dr Soewandhi, RSAI Irsyad Surabaya.
5. Pasien yang menjadi informan dalam penelitian ini

Tidak lupa kami ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu atas dukungan dan bantuan yang diberikan selama proses penelitian ini berlangsung .

Tim Peneliti

LEMBAR PENGESAHAN

Judul Penelitian : PERLINDUNGAN HUKUM ATAS HAK PASIEN DI RUMAH SAKIT :
SUATU PENDEKATAN SOSIOLEGAL

Lokasi Penelitian : Sumatera Utara, DKI Jakarta, Jawa Timur, Jawa Barat, Kepulauan
Riau, Kalimantan Barat, dan Jawa Tengah

Lama Penelitian : 8 (delapan) bulan

Ketua Pelaksana,



Turniani Laksmiarti, SE, MM
NIP. 195804061982032001

Disetujui,
Wakil Ketua PPI
Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan
dan Pemberdayaan Masyarakat



Dr. dr. Lestari Handayani, M.Med (PH)
NIP. 196007171989012001

Mengetahui,
Kepala,
Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan
Pemberdayaan Masyarakat



Drg. Agus Suprpto, MKes
NIP. 196408131991011001