

FAKTOR UTAMA PENYEBAB TERJADINYA SENGKETA MEDIK

A. Pengertian Malpraktek Medik

Makna dan terminologi medikal malpraktek atau *medical malpractice* menurut beberapa penulis seperti yang diajukan, di antaranya:

D. Vironika Komalasari menyatakan, malpraktek berasal dari kata “*malpractice*” yang pada hakekatnya adalah kesalahan dalam menjalankan profesi yang timbul sebagai akibat adanya kewajiban-kewajiban yang harus dilakukan dokter.¹ Dengan demikian *medical malpractice* atau kesalahan dalam menjalankan profesi medik yang tidak sesuai dengan standar profesi medik dalam menjalankan profesinya.

Hermien Hadiati Koeswadji menyatakan, *malpractice* secara harfiah berarti *bad practice* atau praktek buruk yang berkaitan dengan praktek penerapan ilmu dan teknologi medik dalam menjalankan profesi medik yang mengandung ciri-ciri khusus.² Karena malpraktek berkaitan dengan “*how to practice the medical science and technology*”, yang sangat erat hubungannya dengan sarana kesehatan atau tempat melakukan praktek dan orang yang melaksanakan praktek maka Hermien Hadiati Koewwadji lebih cenderung menggunakan istilah “*maltreatment*”.³

Danny Wiradharma, menyatakan, malpraktek melihat dari sudut perikatan antara dokter dengan pasien, yaitu dokter tersebut melakukan praktek buruk.⁴

Ngesti Lestari mengartikan malpraktek sebagai pelaksanaan atau tindakan yang salah, dengan demikian arti malpraktek medik sebagai tindakan dari tenaga kesehatan yang salah dalam rangka pelaksanaan profesi di bidang kedokteran

¹ D Vironika Komalasari, *Hukum dan Etika Dalam Praktek Dokter*, Pustaka Sinar Harapan, Jakarta, 1989, hal. 87.

² Hermien Hadiati Koeswadji, *Hukum Kedokteran (Studi Tentang Hubungan Hukum Dalam Mana Dokter Sebagai Salah Satu Pihak)*, Citra Aditya Bakti, Bandung, 1998, hal. 124.

³ Syahrul Machmud, *Penegakan Hukum Dan Perlindungan Hukum Bagi Dokter Yang Diduga Melakukan Medikal Malpraktek*, Mandar Maju, Bandung, 2008, hal. 13.

⁴ Danny Wiradharma, *Penuntun Kuliah Hukum Kedokteran*, Bina Rupa Aksara, Jakarta, 1996, hal. 87.

(*profesional misconduct*) baik di pandang dari sudut norma etika maupun norma hukum.⁵

John D Blum sebagaimana dikutip oleh Hermien Hadiati Koeswadji, memberikan rumusan tentang *medical malpractice* sebagai “*a form of professional negligence in which measurable injury occurs to a plaintiff patient as the direct result of an act or omission by the defendant practitioner*” (malpraktek medik merupakan bentuk kelalaian profesi dalam bentuk luka atau cacat yang dapat diukur yang terjadinya pada pasien yang mengajukan gugatan sebagai akibat langsung dari tindakan dokter).⁶

Black Law Dictionary sebagaimana dikutip oleh HM Soedjatmiko, merumuskan malpraktek sebagai: “*any professional misconduct, unreasonable lack of skill or fidelity in professional or judiciary duties, evil practice, or illegal or immoral conduct....*”(perbuatan jahat dari seseorang ahli, kekurangan dalam keterampilan yang di bawah standar, atau tidak cermatnya seorang ahli dalam menjalankan kewajibannya secara hukum, praktek yang jelek atau illegal atau perbuatan yang tidak bermoral).⁷

Soerjono Soekanto menyimpulkan bahwa yang dimaksud dengan *medical malpractice* adalah segala sikap tindak yang menyebabkan terjadinya tanggung jawab. Sikap tindak tersebut dilakukan berdasarkan lingkup profesional pelayanan kesehatan.⁸

Pengertian malpraktek secara definitif tidak didapati dalam Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran, demikian pula dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan. Akan tetapi makna atau pengertian malpraktek justru didapati dalam Pasal 11b Undang-Undang Nomor 6 Tahun 1963 tentang Kesehatan yang telah dinyatakan dihapus oleh

⁵ Ngesti Lestari, *Masalah Malpraktek Etika Dalam Praktek Dokter (Jejaring Biotia dan Humaniora)*, dalam kumpulan makalah seminar tentang Etika dan Hukum Kedokteran, RSUD dr. Syaiful Anwar Malang, 2001, hal. 114-115.

⁶ Hermien Hadiati Koeswadji, *op. cit.*, hal. 122-1 23.

⁷ HM. Soedjatmiko, ”Masalah Hukum Medik Dalam Malpraktek Yuridis”, dalam kumpulan makalah seminar tentang Etika dan Hukum Kedokteran RSUD dr. Syaiful Anwar Malang, 2001, hal. 3.

⁸ Soerjono Soekanto, *op. cit.*, hal. 155.

Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tersebut. Oleh karena itu secara perundang-undangan, ketentuan Pasal 11b Undang-Undang Nomor 6 Tahun 1963 tentang Kesehatan tersebut dapat dijadikan acuan makna malpraktek yang mengidentifikasi malpraktek dengan melalaikan kewajiban, berarti tidak melakukan sesuatu yang seharusnya dilakukan.⁹

Pengertian malpraktek dari berbagai pendapat-pendapat di atas adalah bahwa seorang dokter dikatakan telah melakukan praktek yang buruk manakala dokter karena dengan sengaja atau akibat kelalaian tidak memenuhi persyaratan-persyaratan yang telah ditentukan baik dalam kode etik kedokteran, standar profesi, maupun standar pelayanan medik, yang berakibat pasien mengalami kerugian.

Malpraktek medis ini merupakan suatu istilah yang selalu berkonotasi buruk, bersifat stigmatis, menyalahkan. Menurut J Guwandi malpraktek medis ini dapat dibedakan menjadi 2 (dua) golongan:

1. Dengan sengaja (*dolus, vorsatz, willens en wetens handelen, intentional*) yang dilarang oleh peraturan perundang-undangan. Dengan perkataan lain, malpraktek dalam arti sempit, misalnya dengan sengaja melakukan abortus tanpa indikasi medis, melakukan euthanasia, memberi surat kererangan medis yang isinya tidak benar, dan sebagainya.
2. Tidak dengan sengaja (*negligence, culpa*) atau karena kelalaian, misalnya menelantarkan pengobatan pasien karena lupa atau sembarangan sehingga penyakit pasien bertambah berat dan kemudian meninggal dunia (*abandonment*).¹⁰

Perbedaan yang lebih jelas tampak kalau dilihat pada motif yang dilakukannya, misalnya: pada malpraktek (dalam arti sempit), tindakannya dilakukan secara sadar, dan tujuan dari tindakannya memang sudah terarah kepada akibat yang hendak ditimbulkan atau tak peduli terhadap akibatnya, walaupun ia mengetahui atau seharusnya mengetahui bahwa tindakannya itu adalah bertentangan dengan hukum yang berlaku, sedangkan pada kelalaian, tidak ada motif ataupun tujuan untuk menimbulkan akibat yang terjadi. Akibat yang

⁹ Syahrul Machmud, *op. cit.*, hal. 22.

¹⁰ J. Guwandi, *Hukum Medik (Medical Law)*, FK UI, Jakarta, hal. 20-21.

timbul itu disebabkan karena adanya kelalaian yang sebenarnya terjadi di luar kehendaknya.¹¹

Dalam praktek yang terjadi selama ini, malpraktek medis dalam arti yang sengaja dilakukan (*intentional, dolus, opzettelijk*) dan melanggar undang-undang dan berintikan kesengajaan (*criminal malpractice*) dalam arti kesengajaan tersirat adanya motif (*mens rea, guilty mind*) tidaklah banyak yang terungkap di Pengadilan pidana, tetapi yang sering terjadi adalah kelalaian atau *negligence* lebih berintikan ketidaksengajaan (*culpa*), kurang hati-hati, kurang teliti, acuh, sembrono, sembarangan, tak peduli terhadap kepentingan orang lain. Namun akibat yang timbul memang bukanlah menjadi tujuannya.

Menurut J Guwandi, beberapa pakar tidak membedakan antara *malpractice* dan *negligence*, seperti misalnya: Creighton mengemukakan bahwa *malpractice* merupakan sinonim dari *professional negligence*. Mason-MC Call Smith menyebutkan bahwa *malpractice is a term which is increasingly widely used as a synonym for medical negligence*. Demikian pula dalam beberapa literatur, seringkali istilah *malpractice* dan *negligence* ini sering digunakan secara bergantian. Akan tetapi J Guwandi tidak sependapat dengan para pakar tersebut, karena menurutnya *malpractice* memiliki makna yang lebih luas daripada *negligence* (kelalaian), karena dalam malpraktek selain tindakan yang termasuk dalam kelalaian juga ada tindakan-tindakan yang termasuk dalam katagori kesengajaan (*intentional, dolus, opzettelijke*) dan melanggar undang-undang. Malpraktek yang dilakukan dengan sengaja merupakan bentuk malpraktek murni yang termasuk dalam *criminal malpractice*.¹²

Untuk memperjelas perbedaan dimaksud diberikan beberapa contoh, sebagai berikut:

1. Malpraktek yang dilakukan dengan sengaja (merupakan istilah malpraktek dalam arti sempit) atau dapat disebut sebagai *criminal malpractice* adalah perbuatan/tindakan dokter yang secara jelas-jelas melanggar undang-undang lain:
 - a. Melakukan pengguguran kandungan.
 - b. Melakukan euthanasia.
 - c. Memberikan surat keterangan

¹¹ Syahrul Machmud, *op. cit.*, hal. 162

¹² *Ibid.*, hal. 163.

2. Kelalaian merupakan bentuk perbuatan yang dilakukan dengan tidak sengaja, misalnya:
 - a. Karena tertukarnya rekam medis, dokter keliru melakukan tindakan pembedahan kepada pasien.
 - b. Dokter lupa memberikan informasi kepada pasien yang akan dilakukan tindakan operasi, karena terlalu sibuk, sehingga operasi dilakukan tanpa disertai *informed consent*.¹³

Selain contoh-contoh tentang perbedaan-perbedaan di atas, J. Guwandi juga mengemukakan perbedaan malpraktek dengan kelalaian dilihat dari motif atau tujuan dilakukannya perbuatan tersebut, yaitu:

1. Kurangnya pengetahuan.
2. Kurangnya pengalaman.
3. Kurangnya pengertian.

J Guwandi¹⁴ menjelaskan bahwa istilah kelalaian adalah sebagai terjemahan dan *negligence* (Belanda: *nalatigheid*) dalam arti umum bukanlah suatu pelanggaran hukum atau kejahatan. Seseorang dikatakan lalai apabila ia bertindak acuh, tak peduli. Tidak memperhatikan kepentingan orang lain sebagaimana lazimnya di dalam tata pergaulan hidup masyarakat. Selama akibat dari kelalaian itu tidak sampai membawa kerugian atau cedera kepada orang lain, atau karena hal-hal yang menyangkut sepele, maka tidak ada akibat hukum apa-apa. Prinsip ini berdasarkan suatu adagium *De minimis not curat lex, the law does not concern itself with trifles*. Hukum tidak mencampuri hal-hal yang dianggap sepele. Namun apabila kelalaian itu sudah mencapai suatu tingkat tertentu dan tidak memperdulikan benda atau keselamatan jiwa atau benda orang lain, maka sifat kelalaian itu bisa berubah menjadi serius dan kriminal. Hukum tidak lagi bisa tinggal diam, karena sifat kelalaian ini sudah merupakan pelanggaran terhadap kepentingan umum serta pelanggaran terhadap perundang-undangan. Jika sebagai akibatnya sampai mencelakakan, menciderai atau bahkan merenggut nyawa orang lain, maka oleh hukum tingkat kelalaian itu digolongkan sudah termasuk perumusan pidana sebagaimana tercantum di dalam Pasal 359 KUHP.¹⁵

¹³ *Ibid.*, hal. 163.

¹⁴ J Guwandi, *op. cit.*, hal. 29.

¹⁵ Syahrul Machmud, *op.cit.*, hal. 164-165.

Pengertian malpraktek berbeda dengan pengertian resiko medis (ada yang menyebut dengan kecelakaan medis) karena pada resiko medis ini dokter tidak dapat dipertanggungjawab atas akibat yang tidak dikehendaki dalam melakukan pelayanan medis, sedangkan dalam malpraktek dokter dapat dituntut secara hukum.

Resiko medis adalah suatu keadaan yang tidak dikehendaki baik oleh pasien maupun oleh dokter sendiri, setelah dokter berusaha semaksimal mungkin dengan telah memenuhi standar profesi, standar pelayanan medis dan standar operasional prosedur, namun kecelakaan tetap juga terjadi. Dengan demikian resiko atau kecelakaan medis ini mengandung unsur yang tidak dapat dipersalahkan (*verwijtbaarheld*), tidak dapat dicegah (*vermijtbaarheid*) dan terjadinya tidak dapat diduga sebelumnya (*verzienbaarheid*).

Menurut J. Guwandi¹⁶ makna resiko medis ini adalah setiap tindakan medis, lebih-lebih dalam bidang operasi dan anestesia, akan selalu mengandung suatu resiko. Ada resiko yang dapat diperhitungkan dan ada resiko yang tidak dapat diperhitungkan sebelumnya. Maka timbulnya resiko itu harus dibuat seminimal mungkin, misalnya dengan melakukan pemeriksaan-pemeriksaan pendahuluan, anamnesa yang teliti atau tambahan tes-tes laboratorium, jika dalam pemeriksaan dicurigai ada hal-hal yang perlu dipastikan terlebih dahulu. Namun demikian tidak semua tindakan yang tak disengaja termasuk perumusan kecelakaan atau resiko medis, karena tindakan kelalaian pun dilakukan tidak dengan sengaja.¹⁷

Dari prinsip atau hubungan pasien dengan dokter (tenaga kesehatan lainnya) dan atau rumah sakit, dikenal dengan apa yang dinamakan hubungan terapeutik atau transaksi terapeutik, di mana terjadi suatu ikatan kontrak (walaupun tidak tertulis) antara pasien dengan dokter dalam hal pengobatan atau perawatan penyakitnya serta antara pasien dengan rumah sakit dalam pelayanan kesehatan dengan menyediakan sarana dan prasarana kesehatan yang terstandar.¹⁸

¹⁶ J. Guwandi, *op. cit.*, hal. 27.

¹⁷ Syahrul Machmud, *op. cit.*, hal. 166-167.

¹⁸ Desriza Ratman, *Mediasi Non Litigasi Terhadap Sengketa Medik dengan Konsep Win-Win Solution*, PT. Elex Media Komputindo, Jakarta, 2012, hal. 2.

Transaksi *terapeutik* antara dokter dan pasien bentuknya adalah *inspanning verbintenis* (perjanjian upaya) karena dokter tidak memberikan jaminan akan penyembuhan pasien. Dalam pengertian ini yang dapat dipertanggungjawabkan adalah upaya atau usaha maksimal dokter dalam upayanya melakukan pelayanan medis, jadi bukan terletak pada hasilnya. Oleh karena itu apabila seorang dokter telah berusaha semaksimal mungkin melakukan pelayanan medis dengan memenuhi persyaratan standar yang telah ditetapkan, namun tetap juga terjadi hal-hal yang tidak diinginkan, seperti misalnya meninggalnya pasien atau gagal dalam upaya penyembuhan sakit pasien atau tidak sepenuhnya bisa sembuh dari penyakit semula, maka untuk kasus semacam ini dokter dilepaskan dari tuntutan hukum. Dokter harus berupaya semaksimal mungkin dengan segenap ilmu, kepandaian, keterampilan serta pengalaman yang dimilikinya disertai sikap hati-hati dan teliti menyembuhkan pasiennya.¹⁹

Dalam kasus-kasus resiko atau kecelakaan medis semacam ini dokter mendapat perlindungan hukum pada Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan khususnya terdapat pada Pasal 53 ayat (1) dan ayat (2) disebutkan, bahwa: “Tenaga kesehatan berhak memperoleh perlindungan hukum dalam melaksanakan tugas sesuai dengan profesinya. Tenaga kesehatan dalam melakukan tugasnya berkewajiban untuk memenuhi standar profesi dan menghormati hak pasien”. Selanjutnya masalah standar profesi ini diatur dalam Peraturan pemerintah. Kemudian dalam Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran, hal tersebut diatur dalam Pasal 44 ayat (1) yang menyatakan bahwa, “dokter atau dokter gigi dalam menyelenggarakan praktek kedokteran wajib mengikuti standar pelayanan kedokteran atau kedokteran gigi”.

B. Pelayanan Medik

Dokter dalam melakukan pelayanan medis diharuskan memenuhi standar pelayanan medis dan juga standar prosedur operasional. Pasal 44 Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran menyatakan:

¹⁹ *Ibid.*, hal. 166.

1. Dokter atau dokter gigi dalam menyelenggarakan praktek kedokteran wajib mengikuti standar pelayanan kedokteran atau kedokteran gigi.
2. Standar pelayanan kedokteran atau kedokteran gigi dibedakan menurut jenis dan strata sarana pelayanan kesehatan.
3. Standar pelayanan kesehatan tersebut ditentukan oleh Menteri Kesehatan.

Penjelasan Pasal 44 Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran tersebut menyatakan bahwa, standar pelayanan medik adalah suatu pedoman yang harus diikuti oleh dokter atau dokter gigi dalam menyelenggarakan praktek kedokterannya. Sedangkan yang dimaksudkan dengan strata sarana pelayanan adalah, tingkatan pelayanan yang standar tenaga dan peralatannya sesuai dengan kemampuan yang diberikan..

Standar pelayanan medis ini sebagai pedoman dalam pengawasan praktek dokter, pembinaan serta upaya peningkatan mutu pelayanan medis di Indonesia yang efektif dan efisien. Selain itu dimaksudkan juga untuk melindungi tenaga kesehatan dari tuntutan yang tidak wajar dari masyarakat luas serta dimaksudkan untuk melindungi masyarakat dari praktek-praktek kedokteran yang tidak sesuai dengan standar profesi kedokteran.

Standar pelayanan medik ini dapat dijadikan tolak ukur mutu pelayanan tenaga kesehatan, dan dimaksudkan pula agar para tenaga medis seragam dalam memberikan diagnosa, dan setiap diagnosa harus memenuhi kriteria minimal yang terdapat dalam standar pelayanan medis dan standar pelayanan rumah sakit tersebut. Standar pelayanan medis ini juga dapat difungsikan untuk kepentingan pembuktian di pengadilan apabila terjadi sengketa.

Menurut Bahder Johan dalam kaitannya dengan profesi dokter diperlukan standar pelayanan medis yang mencakup standar ketenangan, standar prosedur, standar sarana, dan standar hasil yang diharapkan. Oleh karenanya standar pelayanan medis ini terbagi menjadi 2 bagian, yaitu: *pertama*: memuat tentang standar penyakit dengan 12 spesialisasi kasus-kasus penting yang terdiri dari bagian bedah, bedah ortopedi, jiwa, kardiologi, kulit dan kelamin, obstetri dan ginekologi, paru, penyakit dalam, penyakit anak, saraf, mata, THT, dan *kedua*: memuat tentang standar pelayanan penunjang dengan 3 spesialisasi yang masing-

masingnya dirinci berdasarkan prosedur tindakan yang harus ditangani oleh spesialisasi yang bersangkutan yang terdiri dari bagian anestesi, patologi-anatomi-forensik-klinik dan radiologi.²⁰

Sebagai suatu standar dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit, bagian-bagian tersebut di atas dapat selalu berkembang sesuai dengan kebutuhan perkembangan ilmu pengetahuan dan kemajuan teknologi di bidang kesehatan. Dengan demikian standar pelayanan medis tersebut dapat diubah, diganti dan disesuaikan dengan perkembangan dari situasi serta kondisi yang bersangkutan.²¹

Standar pelayanan medis berdasarkan buku Standar Pelayanan Medik (SPM) yang disusun oleh Ikatan Dokter Indonesia (IDI) 2002, dapat dicermati hal-hal sebagai berikut:

1. Landasan praktek kedokteran harus berpedoman pada 2 (dua) pokok perilaku, yaitu:
 - a. Kesungguhan untuk berbuat demi kebaikan pasien (*doing good*).
 - b. Tidak ada niat untuk menyakiti, menciderai dan merugikan pasien (*primum non nocere*).
 - c. Dokter harus menghargai hak pasien untuk dirawat/diobati/ditangani oleh dokter dengan profesional dan bertanggungjawab secara klinis dan etis.
 - d. Wewenang untuk menentukan hal-hal yang boleh dan tidak boleh dilakukan dalam suatu kegiatan profesi adalah menjadi tanggungjawab profesi.
2. Dalam rangka peningkatan dan pengawasan mutu pengamalan profesi, perlu ditetapkan standar pelayanan medik yang mencakup standar ketenagaan, standar prosedur, standar sarana, standar hasil yang diharapkan.
3. Maksud penyusunan standar pelayanan medik adalah dapat digunakan sebagai pedoman secara nasional.
4. Tujuan dan fungsi standar pelayanan medik, yaitu:
 - a. Melindungi masyarakat dari praktek-praktek yang tidak sesuai dengan standar profesional.
 - b. Melindungi profesi dari tuntutan masyarakat yang tidak wajar.
 - c. Sebagai pedoman dalam pengawasan praktek dokter dan pembinaan serta peningkatan mutu pelayanan kedokteran.
 - d. Sebagai pedoman untuk menjalankan pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien.

²⁰ Anny Isfandyarie, *Malpraktek & Resiko Medik Dalam Kajian Hukum Pidana*, Prestasi Pustaka Publisher, Jakarta, 2005, hal. 43.

²¹ *Ibid.*, hal. 43.

5. Batasan dan standar adalah sebagai suatu pedoman yang dijalankan untuk meningkatkan mutu menjadi makin efektif dan efisien. Diterbitkannya standar pelayanan medik ini mungkin saja dapat menimbulkan dampak yang kurang menguntungkan bagi dokter, namun karena pentingnya fungsi standar pelayanan medik sebagaimana disebutkan diatas, maka team penyusun IDI memberikan beberapa ketentuan khusus sebagai berikut:
 - a. Standar pelayanan medik dianggap sebagai prosedur yang seyogianya diikuti dan tidak untuk digunakan terhadap kepentingan hukum. Karena prosedur ini lebih merupakan keinginan pelayanan kesehatan dan setiap spesialisasi dari sumber daya manusianya.
 - b. Standar pelayanan medik merupakan prosedur untuk kasus yang akan ditangani oleh spesialis yang bersangkutan, tetapi bagi daerah yang belum memiliki dokter ahli, tidak menutup kemungkinan dapat dilakukan oleh dokter umum.
 - c. Standar ini merupakan acuan dan pelengkap untuk rumah sakit, sehingga dapat mengikuti kondisi dan situasi dari rumah sakit yang bersangkutan.
 - d. Secara berkala standar ini perlu dievaluasi dan disesuaikan dengan perkembangan teknologi.
6. Cakupan dari standar pelayanan medik tersusun menjadi 2 (dua) bagian. yaitu:
 - a. Standar pelayanan medik yang terdiri dari 17 (tujuh belas) bidang spesialisasi dan
 - b. Standar pelayanan penunjang yang terdiri dari 3 (tiga) bidang spesialisasi.²²

Mengingat kondisi masing-masing rumah sakit tidak sama, karena ada dokter spesialisnya lengkap dengan peralatan mutakhir dan modern, sementara masih didapati kondisi rumah sakit seadanya dengan tenaga dokter yang terbatas, maka masing-masing rumah sakit memiliki standar pelayanan yang berbeda-beda, tergantung pada kondisi rumah sakit dan latar belakang pendidikan para staff medisnya. Standar pelayanan atau standar prosedur operasional suatu rumah sakit disusun dan diorganisir oleh Komite Medis.

Pasal 42 Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 983/Menkes/SKJXII 1992 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit Umum menyebutkan, Komite Medis adalah kelompok tenaga medis yang keanggotaannya dipilih dari anggota

²² Ikatan Dokter Indonesia (IDI), *Standar Pelayanan Medik (SPM)*, Yayasan Penerbit IDI (YP. IDI), 2002. dalam Syahrul Machmud, *op. cit.*, hal. 154-155.

staff medis fungsional. Dinyatakan pula bahwa, pembentukan Komite Medis di rumah sakit pemerintah ditetapkan dengan Keputusan Dirjen Pelayanan Medis atas usul Direktur Rumah Sakit, sedangkan untuk rumah sakit swasta ditetapkan oleh pemilik rumah sakit atas usul direktur rumah sakit setelah berkonsultasi dengan Menteri Kesehatan.

Komite ini bertugas membantu direktur rumah sakit menyusun standar pelayanan dan memantau pelaksanaannya, melaksanakan pembinaan etika profesi, mengatur kewenangan profesi anggota staf medis fungsional serta mengembangkan program pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta pengembangan. Dalam Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran sebagian peran Komite Medis ini digantikan oleh Konsil Kedokteran Indonesia.

Komite Medis terdiri dari sekelompok staf medis di rumah sakit dengan spesialisasi yang beragam. Mereka berkewajiban untuk melakukan *medical audit* dan berbagai kegiatan yang tujuannya memelihara pelayanan medis yang dilakukan oleh dokter, sesuai dengan standar profesi kedokteran dan standar pelayanan rumah sakit.

Secara lebih terperinci tugas dan komite medis adalah meliputi hal-hal sebagai berikut:

1. Mengevaluasi tindakan medis dari dokter tertentu.
2. Mengarahkan tindakan medis yang harus diambil.
3. Memberikan anjuran, peringatan maupun menyelesaikan masalah-masalah yang berkaitan dengan tindakan medis, demi kepentingan pasien dan pelayanan medis itu sendiri.²³

Tugas dan fungsi utama dari komisi medis adalah berupaya agar tidak terjadi *medical malpractice* atau *maltratment* serta mencari solusi pemecahannya. Komite medis memiliki kewenangan yang sangat terbatas di rumah sakit, keputusan komite medis bersifat administratif misalnya mengusulkan seorang dokter untuk menjadi staf di rumah sakit, atau mengusulkan pemecatan seorang dokter kepada direktur rumah sakit.

²³ Bahder Johan Nasution, *Hukum Kesehatan Pertanggungjawaban Dokter*, Rineke Cipta, Jakarta, 2005, hal. 47-48.

Komite medis dianggap memiliki kualifikasi karena terdiri dari dokter senior yang berpengalaman dalam bidangnya dan juga memiliki dedikasi tinggi untuk menentukan apakah seorang dokter atau dokter gigi telah bertindak sesuai atau tidak sesuai dengan prosedur medis atau standar profesi kedokteran.

Berbeda halnya di Amerika Serikat²⁴, maka penanganan terhadap kasus-kasus *medical malpractice* ditangani oleh suatu badan pertimbangan kesehatan yang populer dengan sebutan *malpractice review*, suatu badan yang merupakan bagian dari komite medis yang akan menentukan *standart of care* dalam tindakan pengobatan. Hasil kerja badan ini akan sampai pada kesimpulan yang meliputi 3 (tiga) syarat malpraktek, yaitu: Perbedaan antara fungsi komite medis di Amerika Serikat dengan di Indonesia adalah, kalau di Indonesia belum sampai pada taraf seperti yang dipraktekkan atau diterapkan di Amerika Serikat. Karena pada umumnya fungsi komite medis di Indonesia lebih ditekankan pada upaya atau sisi *preventif* dan kurang pada upaya atau sisi *represif*. Komite medis di rumah-rumah sakit Indonesia lebih berperan sebagai pemberi *advis* dan pertimbangan dalam pelayanan kesehatan daripada melakukan fungsi evaluatif-nya untuk menilai tindakan medis dan staf medis lainnya yang dianggap menyimpang dari standar pelayanan medis. Namun demikian, keberadaan komite medis di setiap rumah sakit sangat besar manfaatnya bagi kepentingan dan perkembangan pelayanan kesehatan, terutama perlindungan terhadap hak-hak pasien dan tindakan-tindakan medis yang bertentangan dengan standar profesi dalam menjalani diagnosa dan terapi. Kehadiran komite medis juga sangat berpengaruh bagi profesi kedokteran untuk meningkatkan ilmu pengetahuan mereka serta menjaga integritas otonomnya sebagai pengemban profesi kedokteran sesuai dengan perkembangan peralatan kedokteran dan kemajuan teknologi di bidang kesehatan.²⁵

Pengaturan standar pelayanan medis ini masih mengacu pada Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 595/Menkes/SK/VII/1993 tentang Standar Pelayanan Kesehatan di setiap sarana pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan medis sesuai dengan kebutuhan dan standar pelayanan

²⁴ Pendapat Poernomo, dalam Bahder Johan Nasution, *op cit*, hal. 48.

²⁵ *Ibid*, hal. 49.

yang berlaku, sebagai tindak lanjut dalam rangka melaksanakan perintah Pasal 32 Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan yang mengatur tentang pelaksanaan pengobatan dan perawatan. Standar pelayanan medis tersebut disusun oleh Ikatan Dokter Indonesia (IDI).

Sejalan dengan perkembangan ilmu kedokteran serta teknologi kedokteran, maka standar pelayanan medis tersebut telah beberapa kali mengalami perubahan, yaitu pada tahun 1997 standar pelayanan medis tersebut telah diperbaharui, selanjutnya pada tahun 1998 telah mengalami perubahan kembali, terakhir pada tahun 2002 IDI telah merevisi kembali standar pelayanan medis dimaksud. Demikian pula Keputusan Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Depkes RI dengan Nomor HK.00.06.3.3.320 yang berlaku 5 April 1999 tentang Standar Urnum Pelayanan Anestesiologi dan Reanimasi di seluruh Rumah Sakit Indonesia. Pedoman ini menjadi acuan bagi dokter anestesi juga perawat maupun dokter yang membantu pelaksanaan pelayanan di bidang *anestesiologi* dan *reanimasi* di rumah sakit.

Selanjutnya dalam pelayanan medis juga diatur standar operasional prosedur pelayanan. Standar Operasional Prosedur (SOP) medis adalah suatu perangkat instruksi atau langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu. Standar operasional prosedur memberikan langkah yang benar dan terbaik berdasarkan konsensus bersama untuk melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh sarana pelayanan kesehatan berdasarkan standar profesi.

Standar Pelayanan Kesehatan (SOP) di rumah sakit merupakan pengaturan teknis klinis yang bersifat lebih detiel dan berpedoman pada standar pelayanan medis, standar pelayanan keperawatan dan standar pelayanan rumah sakit itu sendiri sesuai dengan kondisi rumah sakit yang bersangkutan. Sementara Standar Operasional Prosedur (SOP) sebagai tolak ukur untuk mengendalikan kualitas pelayanan medis. SOP ini bertujuan untuk mengatur sampai sejauhmana batas-batas kewenangan dan tanggung jawab etik dari hukum dokter terhadap pasien, maupun tanggung jawab rumah sakit terhadap *medical staff* dan sebaliknya. SOP ini juga akan mengatur hubungan antara medis dengan sesama teman sejawat

dokter dalam satu tim, tenaga medis dengan para medis, serta merupakan tolok ukur bagi seorang dokter untuk menilai dapat tidaknya dimintakan pertanggungjawaban hukumnya jika terjadi kerugian bagi pasien.

D. Veronica Komalawati menyebutkan bahwa, standar operasional prosedur sebagai prosedur yang diuraikan oleh pemberi pelayanan kesehatan dari setiap spesialisasi, yang dalam aplikasinya disesuaikan dengan fasilitas dan sumber daya yang ada. Standar operasional prosedur ini merupakan acuan atau pelengkap bagi rumah sakit karena dapat mengikuti kondisi rumah sakit di mana prosedur tersebut ditetapkan.²⁶

Standar operasional prosedur yang dimaksud dapat berupa tindakan yang meliputi:

1. *Anamnesa*, yaitu kegiatan tanya jawab dokter atau dokter gigi kepada pasien mengenai penyakit atau keluhan yang dirasakan pasien.
2. *Physic diagnostic*, yaitu berupa pemeriksaan jasmani pasien.
3. Pemeriksaan tambahan bila dipandang perlu, berupa pemeriksaan laboratorium, rontgen, dan sebagainya.
4. Terakhir adalah tindakan medis.

C. Faktor Utama Penyebab Terjadi Sengketa Medik

Mencuatnya peningkatan kasus sengketa medik, baik antara pasien dan dokter yang berpraktik mandiri maupun pasien dengan dokter serta pelayanan rumah sakit tidak terlepas dari terjadinya perubahan yang ada pada masyarakat (*people changes*) itu sendiri sehingga mengakibatkan perubahan pada cara pandang pasien sebagai sosok individu.

Di zaman globalisasi dan komputerisasi sekarang ini di mana informasi dari pelosok dunia pada detik yang sama sampai di kamar anggota masyarakat sehingga hal ini merupakan salah satu yang menjadi penyebab perubahan cara pandang di masyarakat di mana masyarakat menjadi lebih pintar dan kritis sehingga apa yang dirasa tidak adil terhadapnya sesegera mungkin diupayakan untuk dicari jalan keluarnya. Anggota masyarakat yang melakukan konsultasi

²⁶ D. Vironika Komalasari, *op cit*, hal. 178.

masalah kesehatan untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada dokter atau dokter gigi disebut Pasien.

Semakin meningkatnya wacana pembicaraan akan pemenuhan Hak Asasi Manusia (HAM), maka tuntutan atas nama HAM kerap menjadi penyebab konflik yang terjadi, seperti rasa ketidakadilan, pembohongan, penipuan, ketidakjujuran, ketidakterbukaan, pembodohan, dan lain sebagainya sehingga sedikit saja hal itu dirasakan oleh pasien, maka membuka peluang sengketa pada tahap selanjutnya. Cuma di sini sangat disayangkan bahwa pemahaman tuntutan pemenuhan Hak Asasi Manusia oleh pasien tidak dilkuti dengan kesadaran logika medik dan logika hukum, di mana pasien belum atau tidak mengerti tentang dunia kesehatan atau medik yang bukan merupakan ilmu pasti yang bisa diprediksi hasil suatu tindakan atau pelayanan dengan dibandingkan dengan besaran biaya yang dikeluarkan, pasien tidak memperhitungkan faktor-faktor keunikan dari seorang manusia yang akan berbeda hasilnya dan perbedaan umur, jenis kelamin, ras, sosial-ekonomi walaupun jenis penyakitnya sama atau bisa juga dari derajat berat ringannya penyakit, akutkronisnya penyakit, belum lagi bila ada penyakit penyerta dan masih banyak lagi faktor yang memengaruhi hasil suatu tindakan medik atau perawatan pelayanan kesehatan.

Sementara dari logika hukum yang belum sepenuhnya disadari adalah sebenarnya Pasien juga mempunyai kewajiban (selain menuntut haknya), seperti memberikan informasi yang benar, tidak menyembunyikan keterangan atau sesuatu yang disembunyikan tentang penyakitnya, harus mematuhi setiap saran dan anjuran dokter dan memberikan imbalan atas jasa yang telah diterimanya. Sementara para *health provider*, terutama dokter juga harus mengetahui hak pasien yang harus pasien terima sehingga dengan adanya kesetaraan di mata hukum, maka akan menuntut para dokter agar lebih hati-hati dalam melaksanakan praktik kedokterannya.²⁷

²⁷ Desriza Ratman, *op. cit.*, hal. 10-12.

Sengketa medik mungkin timbul dari faktor penyakit serta kewajiban pasien yang tidak dijalankan sehingga saat ada perbedaan antara hasil yang diharapkan dari kenyataan yang ada, maka akan menyulut konflik antara pasien dan dokter atau dengan penyedia pelayanan kesehatan, yaitu rumah sakit.

Dengan kondisi tersebut ada kecenderungan masyarakat bersifat litigious, yaitu setiap masalah yang terjadi harus diselesaikan dengan tindakan tuntutan atau gugatan ke pengadilan sehingga dapat dilihat bahwa dokter tidak lagi dipandang sebagai *partnership* atau mitra dalam menyelesaikan masalah kesehatan dengan dasar/iktikad baik sehingga setiap perbedaan tentang apa yang dibutuhkan pasien yang tidak sesuai dengan yang diharapkannya akan menjadi suatu masalah, hal ini banyak dipicu karena adanya perubahan gaya hidup dan prinsip konsumerisme dari pasien dengan menyatakan, “Bahwa saya yang membayar, maka saya bisa mendapatkan apa yang saya mau.”²⁸

Kecenderungan perubahan pola tersebut pada diri pasien, menurut Timothy Low bisa disebabkan adanya faktor-faktor: *more educated, easy access to information through internet, lifestyle change, looking for value and demands-expectations different.*²⁹ (lebih terdidik, akses mudah ke dalam formasi melalui internet, perubahan gaya hidup, mencari nilai dan tuntutan-harapan yang berbeda).

Menurut Dickens, ada beberapa penyebab konflik yang dilihat dari sudut pandang pasien, yaitu:

1. Pasien merasa tidak menerima informasi yang dapat dimengerti atau diterima olehnya.
2. Pasien merasa yakin tindakan yang dilakukan dokter tidak memenuhi standar (baik dengan nyata ataupun hanya dugaannya saja).
3. Pasien merasa tidak ditangani dengan pertimbangan rasa simpati ataupun rasa hormat.
4. Pasien menginginkan informasi, tetapi tidak pernah didapat atau didapat tetapi tidak seperti yang diharapkan.

²⁸ *Ibid.*, hal. 12.

²⁹ *Ibid.*, hal. 12-13.

5. Pasien merasa dipulangkan sebelum benar-benar sembuh tanpa diberi penjelasan, saran atau *follow up* selanjutnya.
6. Pasien memang tergolong kategori *chronic complainers*.³⁰

Beberapa kasus terjadinya sengketa medik lebih banyak disebabkan buruknya komunikasi yang tercipta antara *health provider* terhadap *health receiver* sehingga memicu peningkatan rasa ketidakpuasan yang berujung pada sengketa, adapun beberapa masalah komunikasi yang buruk pada umumnya berawal dari kesalahpahaman, perbedaan penafsiran, ketidakjelasan aturan, ketersinggungan, kecurigaan, tindakan yang tidak patut, curang, tidak jujur, tidak sopan, sewenang-wenang, kurang rasa menghormati, dan lain sebagainya.

Hubungan yang terjadi antara dokter dan pasien dalam penyelenggaraan praktik kedokteran dikenal sebagai hubungan hukum. Hubungan hukum merupakan perikatan dan perikatan lahir dari perjanjian. Jadi hubungan hukum antara dokter dan pasien muncul dari adanya perjanjian terapeutik. Dalam perjanjian terapeutik, baik dokter maupun pasien mempunyai hak dan kewajiban yang harus dilaksanakan. Hak dan kewajiban dokter dan pasien diatur dalam Pasal 50 sampai dengan Pasal 53 Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran.

Hubungan antara dokter dan pasien dalam perjanjian terapeutik adalah merupakan hubungan kepercayaan dan hubungan hukum. Hubungan kepercayaan diatur dari norma-norma dan bersumber pada adanya usaha maksimal yang dilakukan oleh profesi dokter kepada pasien, sedangkan hubungan hukum diatur oleh norma-norma yang berasal dari peraturan perundang-undangan.

Pelaksanaan hak dan kewajiban dalam penyelenggaraan dapat berpotensi munculnya sengketa medik. Sengketa medik adalah sengketa yang terjadi antara dokter dan pasien, dalam upaya pemberian pelayanan kesehatan, objek sengketa adalah upaya penyembuhan dan yang melakukan gugatan adalah pasien.

Penyebab sengketa medik antara lain: *pertama*, adanya ketidakpuasan dari pasien atau keluarga pasien, ketidakpuasan itu bisa berasal dari hasil pengobatan

³⁰ Dahlan Sofwan, *Materi Kuliah Magister Hukum Kesehatan Unika* Soegijapranata, Semarang, 2010.

yang tidak sesuai harapan, adanya dampak negatif dari hasil pengobatan, munculnya penyakit tambahan, serta kerugian yang dialami pasien. *Kedua*, munculnya persoalan bermula dari dokter adalah faktor kurangnya penjelasan kepada pasien, dokter tidak mampu mewujudkan bentuk komunikasi yang baik kepada pasien sehingga pasien tidak mampu menangkap pesan atau informasi yang disampaikan oleh dokter. *Ketiga*, munculnya kasus dikarenakan faktor-faktor pihak ketiga dari keluarga, yang justru tidak berhubungan dengan transaksi terapeutik.

Bila sudah terjadi konflik, beberapa kemungkinan yang diambil oleh pihak pasien sebagai alternatif penyelesaiannya adalah:

1. *Lumping it* (menerima atau tidak menuntut): Pasien hanya menelan perasaannya saja atas apa yang dirasakannya sebagai suatu ketidakpuasan atau ketidakadilan yang diterimanya, biasanya jenis pasien ini adalah tipe pasien pedesaan, pendidikan rendah, ekonomi rendah, merasa *inferior* bila menghadapi suatu institusi/lembaga yang besar.
2. *Avoidance* (menghindar): bila dirasakan ketidaknyamanan dari pelayanan dokter atau rumah sakit yang bersangkutan, pasien akan mendapatkan perasaan trauma dan sebisanya akan menghindar untuk tidak lagi menjumpai dokter atau rumah sakit yang bersangkutan untuk mencari pelayanan kesehatan ke fasilitas lainnya. Tipe pasien seperti ini biasanya kerugian yang didapat tidak terlalu besar dan hanya berupa rasa ketidaknyamanan saja dan pasien tersebut bukan orang yang suka ribut.
3. *Coersion* (memakai pihak ketiga): alternatif ini dipilih bila dirasakan kerugian yang dialaminya cukup besar, baik secara fisik, finansial maupun psikis dan biasanya tipe pasien seperti ini adalah pasien yang berpendidikan tinggi atau mampu secara ekonomi dengan menyewa pihak ketiga untuk melakukan penyelesaian masalah tersebut dengan unsur pemaksaan atau penekanan.
4. *Negotiation* (musyawarah): Pasien melakukan klaim kerugian yang dialaminya kepada pihak dokter atau rumah sakit untuk mencari solusi yang terbaik, masing-masing pihak biasanya masih berpegang terhadap apa yang diyakininya benar sehingga tidak jarang negosiasi yang dibangun akan gagal

karena sudut pandang dan kedua pihak terhadap masalah yang timbul berbeda kepentingannya, jadi pada alternatif negosiasi dapat dikatakan terdapat pemaksaan dari satu pihak untuk menyalahkan pihak yang lainnya. Negosiasi akan berhasil, mungkin bila masalah atau kerugian yang diklaim tidak terlalu besar atau merugikan dari pihak pasien atau pasien hanya sekadar ingin mengatakan, bahwa saya telah dirugikan oleh Anda dan Anda harus mengetahui dan menerimanya, tanpa adanya ganti rugi.

5. *Mediation* (musyawarah dibantu mediator): alternatif ini dipilih bila pada fase negosiasi terjadi kebuntuan tanpa menemui solusi atau pemecahan masalah, maka salah satu pihak dapat mengusulkan kepada pihak lainnya untuk dibantu proses negosiasinya oleh seorang mediator. Tipe pasien seperti ini dapat dikatakan sebagai orang yang mengerti akan haknya dan tidak menginginkan keributan terekspos keluar. Mediasi juga dapat diusulkan dari pihak dokter atau rumah sakit.
6. *Arbitration* (menyerahkan kepada pihak ketiga sebagai pemutus masalah): alternatif ini sangat jarang terjadi dalam sengketa medik, arbitrase paling banyak dipakai pada sengketa perdagangan yang menghindani proses pengadilan karena memakan waktu yang lama.
7. *Adjudication* (jalur hukum): pilihan alternatif ini, bila pada saat negosiasi tidak ditemukan kata sepakat serta tidak memilih alternatif mediasi atau mediasi yang telah dilakukan juga gagal, maka salah satu pihak (biasanya dari pihak pasien) melakukan gugatan perdata ke pengadilan atau melakukan tuntutan pidana (bila dirasakan kerugian yang dideritanya mengarah ke ranah pidana, seperti timbulnya kecacatan permanen atau meninggal dunia) atau bisa juga melaporkan dokter yang bersangkutan ke Majelis Kehormatan Disiplin Dokter Indonesia (MKDKI) atau organisasi profesi terhadap dugaan pelanggaran disiplin dan etik. Pilihan penyelesaian sengketa di pengadilan mungkin terjadi apabila tuntutan ganti rugi yang diminta pihak pasien terlalu besar dan tidak sebanding dengan pelanggaran yang dibuat pihak dokter atau rumah sakit ataupun sebaliknya kerugian pihak pasien besar, tetapi pihak

dokter atau rumah sakit tidak menyanggupi klaim yang dituntut oleh pihak pasien. Arbitrase juga termasuk ke dalam *adjudication* tapi *non litigation*.³¹

Bila konflik memuncak akan menjadi sengketa, maka ada beberapa kemungkinan tindakan yang diambil oleh pasien:

1. Mengekspresikan keluhannya kepada:
 - a. Dokter atau rumah sakit (*health provider*)
 - b. Ikatan Dokter Indonesia atau Majelis Kehormatan Etik
 - c. Kedokteran bila dianggap ada pelanggaran etik.
 - d. Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia bila dianggap ada pelanggaran standar profesi.
 - e. Badan Penyelesaian Sengketa Konsumen karena dianggap bahwa pasien sama dengan statusnya sebagai seorang konsumen atas jasa yang diberikan oleh dokter atau rumah sakit (walaupun sebenarnya tidak setuju dengan disamakannya pasien sebagai seorang konsumen atas jasa yang diberikan oleh *health provider* karena pembuktian atas kesalahan dari seorang pelaku usaha dan *health provider* akan berbeda).
 - f. Polisi, bila diduga ada pelanggaran di bidang pidana (dan kalau memang jelas-jelas mengandung unsur pidana, tidak layak kasus sengketa medik masuk ke dalam mediasi).
 - g. Pengadilan Negeri, bila terjadi kerugian secara finansial ataupun fisik untuk menggugat ganti rugi.
 - h. Media massa, memang ada kemungkinan hal ini bisa terjadi, tapi dilihat dari kepentingan pasien tidak terlihat tujuannya selain mungkin ingin memalukan atau mengekspresikan kemarahannya (pada kondisi ini, pasien harus hati-hati jika masalah yang dikeluhkannya belum terbukti kebenarannya sehingga pihak *health provider* bisa menuntut balik atas kasus dugaan pencemaran nama baik, seperti terlihat pada kasus Prita Mulyasani vs RS Omni Internasional).³²

³¹ Desriza Rahman, *Op. Cit.*, hal. 14-16.

³² *Ibid.*, hal. 16-17.

2. Menawarkan bentuk penyelesaian konflik:
 - a. Meminta dokter atau rumah sakit untuk meminta maaf baik secara langsung atau melalui media massa.
 - b. Membayar kompensasi atas kesalahannya (*fault compensation*) baik oleh dokter sendiri atau tanggung renteng dengan rumah sakit.
 - c. Meminta pembebasan biaya selama perawatan ataupun biaya selanjutnya jika memang diperlukan.
 - d. Meminta dokter dan atau rumah sakit menanggung biaya pengobatan di rumah sakit lainnya akibat *adverse outcome* yang didapatkannya.
 - e. Dokter membayar “*No Fault Compensation*” atau Kompensasi atas Kejadian yang Tak Dilakukan, yaitu kerugian karena risiko yang bukan disebabkan oleh kesalahan dokter.³³
3. Memilih sikap
 - a. *Lumping it* (tidak mempermasalahkan).
 - b. *Avoidance* (menghindar).
 - c. *Coercion* (memaksa dengan menggunakan kekuatan pihak tertentu; misal *debt collector*).
 - d. *Negotiation* (musyawarah).
 - e. *Mediation* (musyawarah dibantu mediator).
 - f. *Arbitration* (menyerahkan kepada pihak ketiga).
 - g. *Adjudication* (menggunakan jalur hukum).³⁴
4. Meminta resume atau fotokopi rekam medik:

Meminta resume atau fotokopi rekam medik kadang-kadang hanya dikarenakan perasaan kesal dari pasien atau juga ingin mengetahui keadaan terhadap dirinya atau keluarganya berdasarkan data yang ada di rekam medik, dengan harapan ada keluarganya yang berasal dari lingkup medik juga yang dapat menginformasikan mengenai masalah yang ada.³⁵

³³ *Ibid.*, hal. 17-18.

³⁴ *Ibid.*, hal. 18.

³⁵ *Ibid.*, hal. 18-19.

Selain pihak pasien yang mempunyai hak untuk menyampaikan ekspresinya pada saat menghadapi konflik, maka pihak dokter atau rumah sakit juga mempunyai hak, yaitu:

1. Mendapatkan keadilan.
2. Didengar penjelasannya.
3. Mengusulkan alternatif penyelesaian.
4. Membela diri (baik *informal defense* maupun *formal defense*).
5. Menggugat pasien.
6. Mengadukan kepada polisi karena dicemarkan nama baiknya (kasus RS Omni).
7. Pemulihan nama baik jika merasa tidak bersalah.³⁶

Pelayanan kesehatan baik secara individual (dokter praktik mandiri) maupun pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang besar seperti di rumah sakit, tidak menutup kemungkinan akan selalu terjadi masalah yang mengakibatkan adanya ketidakpuasan salah satu pihak sehingga sangatlah diharapkan kepada semua pihak yang terlibat di dalam pelayanan kesehatan harus mengantisipasi dan saling mengetahui masing-masing akan hak dan kewajibannya sehingga bila salah satu pihak tidak atau kurang mengetahui, maka pihak yang lain agar dapat memberikan informasi, terutama dari pihak penyelenggara pelayanan kesehatan, yaitu dokter atau pihak rumah sakit memberikan informasi se jelas-jelasnya tentang jalannya penyelenggaraan pelayanan kesehatan maupun tentang kesehatan diri pasien sehingga diharapkan tidak ada suatu hal pun yang disembunyikan atau terlewat sebagai hak dari pasien yang harus diketahui dan diterimanya, dalam hal ini perlu dijelaskan tentang aspek legal hubungan dokter-rumah sakit-pasien serta aspek medik dari pasien. Jadi ada beberapa aspek yang dapat atau mungkin sebagai sumber asal mula terjadinya sengketa medik, yang bila tidak dikelola dengan baik dan bijak, maka bisa menyulut konflik yang berakibat terjadinya sengketa medik, seperti: standar minimal peralatan (bangunan, sarana, dan prasarana); prosedur dan standar pelayanan yang harus

³⁶ *Ibid.*, hal. 19.

lengkap dan sesuai dengan kondisi terkini, sosialisasi terhadap semua petugas yang ada; kondisi lingkungan yang kondusif baik lingkungan fisik maupun lingkungan pekerjaan dengan sumber daya manusia yang baik dan lengkap; serta yang tak kalah pentingnya adalah peranan tenaga medis yang berhubungan langsung dengan pasien.

Adapun yang harus menjadi perhatian, terutama dari tenaga dokter adalah hal-hal yang menjadi kewajiban dokter dan merupakan hak dan pasien sehingga apabila hal ini diperhatikan dan dilaksanakan dengan benar dan penuh kesadaran, niscaya dapat mengurangi kemungkinan terjadinya sengketa medik.

Pada aspek ini terjadi interaksi antara dokter (dan timnya) dan pasien, di mana pasien sebagai orang awam di bidang kesehatan, datang ke dokter untuk mendapatkan pelayanan kesehatan atas dirinya yang sakit, dengan harapan untuk disembuhkan penyakitnya. Dengan menyerahkan dirinya kepada dokter, bukan berarti posisi dokter lebih superior dibanding pasien, begitu juga sebaliknya, seorang pasien yang sudah membayar kepada dokter bukan berarti semua penyakitnya dapat disembuhkan dengan sempurna sehingga apabila tidak sembuh atau tidak sesuai dengan harapan, sudah terjadi suatu masalah pada pelayanan kesehatan tersebut. Inilah yang harus diperhatikan oleh dokter untuk dapat membimbing pasien agar dapat mengerti posisinya terhadap kesehatannya serta posisi hukum sebagai seorang warganegara.

D. Penutup

Pengertian malpraktek adalah bahwa seorang dokter dikatakan telah melakukan praktek yang buruk manakala dokter karena dengan sengaja atau akibat kelalaian tidak memenuhi persyaratan-persyaratan yang telah ditentukan baik dalam kode etik kedokteran, standar profesi, maupun standar pelayanan medik, yang berakibat pasien mengalami kerugian. Pengertian malpraktek berbeda dengan pengertian resiko medis (ada yang menyebut dengan kecelakaan medis) karena pada resiko medis ini dokter tidak dapat dipertanggungjawab atas akibat yang tidak dikehendaki dalam melakukan pelayanan medis, sedangkan dalam malpraktek dokter dapat dituntut secara hukum. Resiko medis adalah suatu

keadaan yang tidak dikehendaki baik oleh pasien maupun oleh dokter sendiri, setelah dokter berusaha semaksimal mungkin dengan telah memenuhi standar profesi, standar pelayanan medis dan standar operasional prosedur, namun kecelakaan tetap juga terjadi. Dengan demikian resiko atau kecelakaan medis ini mengandung unsur yang tidak dapat dipersalahkan (*verwijtbaarheld*), tidak dapat dicegah (*vermijtbaarheid*) dan terjadinya tidak dapat diduga sebelumnya (*verzienbaarheid*).

Faktor utama penyebab terjadinya sengketa medik antara dokter dan pasien, karena tidak berjalannya hak dan kewajiban antara dokter dan pasien dalam hubungan hukum yang terjadi, yang kemudian menimbulkan ketidakpuasan pasien. Keadaan ini disebabkan komunikasi yang tidak seimbang antara dokter dan pasien yaitu, penjelasan dokter yang terlalu ilmiah, sehingga tidak dipahami oleh pasien. Dokter tidak memberikan penjelasan, jika pasien tidak bertanya. Penjelasan dilakukan setelah adanya tindakan. Tidak terjadinya hubungan kepercayaan antara dokter dan pasien dalam perjanjian *terapeutik*, serta adanya campur tangan dari pihak keluarga pasien, terhadap informasi yang sudah disampaikan.

Daftar Pustaka

- Guwandi, J., *Hukum Medik (Medical Law)*, FK UI, Jakarta.
- Ikatan Dokter Indonesia (IDI), *Standar Pelayanan Medik (SPM)*, Yayasan Penerbit IDI (YP. IDI), 200.
- Isfandyarie, Anny, *Malpraktek & Resiko Medik Dalam Kajian Hukum Pidana*, Prestasi Pustaka Publisher, Jakarta, 2005.
- Koeswadji, Hermien Hadiati, *Hukum Kedokteran (Studi Tentang Hubungan Hukum Dalam Mana Dokter Sebagai Salah Satu Pihak)*, Citra Aditya Bakti, Bandung, 1998.
- Komalasari, D Vironika, *Hukum dan Etika Dalam Praktek Dokter*, Pustaka Sinar Harapan, Jakarta, 1989.
- Lestari, Ngesti, *Masalah Malpraktek Etika Dalam Praktek Dokter (Jejaring Biotia dan Humaniora)*, dalam kumpulan makalah seminar tentang Etika dan Hukum Kedokteran, RSUD dr. Syaiful Anwar Malang, 2001.
- Machmud, Syahrul, *Penegakan Hukum Dan Perlindungan Hukum Bagi Dokter Yang Diduga Melakukan Medikal Malpraktek*, Mandar Maju, Bandung, 2008.
- Nasution, Bahder Johan, *Hukum Kesehatan Pertanggungjawaban Dokter*, Rineke Cipta, Jakarta, 2005.
- Ratman, Desriza, *Mediasi Non Litigasi Terhadap Sengketa Medik dengan Konsep Win-Win Solution*, PT. Elex Media Komputindo, Jakarta, 2012.
- Soedjatmiko, HM., "Masalah Hukum Medik Dalam Malpraktek Yuridis", dalam kumpulan makalah seminar tentang Etika dan Hukum Kedokteran RSUD dr. Syaiful Anwar Malang, 2001.
- Sofwan, Dahlan, *Materi Kuliah Magister Hukum Kesehatan Unika Soegijapranata*, Semarang, 2010.
- Wiradharma, Danny, *Penuntun Kuliah Hukum Kedokteran*, Bina Rupa Aksara, Jakarta, 1996.