

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Secara yuridis normatif, pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang dilaksanakan oleh para dokter dan tenaga kesehatan lainnya serta institusi rumah sakit telah diatur secara cukup memadai dalam Undang- undang Praktik Kedokteran,¹ Undang- undang Kesehatan², Undang- undang Rumah Sakit.³, dan Undang- undang Tenaga Kesehatan.⁴ Namun dalam pelaksanaannya, terdapat potensi inkonsistensi karena adanya disharmoni dalam beberapa norma pengaturannya. Potret disharmoni seperti itu mendorong perlunya dilakukan kajian guna mendapatkan kejelasan mengenai permasalahan hukumnya dan solusi yang tepat, baik untuk harmonisasi regulasi maupun konsistensi implementasinya. Salah satu permasalahan yang krusial menyangkut hak pasien dan kewajiban dokter, termasuk rumah sakit⁵ dan tenaga kesehatan⁶lainnya dalam menyelesaikan

¹Undang- Undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Nomor 116 Tahun 2004 dan Tambahan Lembaran Negara Nomor 4431)

²Undang- Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Nomor 144 Tahun 2009 dan Tambahan Lembaran Negara Nomor 5063)

³Undang- Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Nomor 153 Tahun 2009 dan Tambahan Lembaran Negara Nomor 5072)

⁴ Undang- Undang No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Nomor 298 Tahun 2014 dan Tambahan Lembaran Negara Nomor 5607)

⁵Rumah sakit adalah “institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.” Lihat Pasal 1 angka 1 UU No.44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

⁶Tenaga kesehatan adalah “setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.” Lihat Pasal 1 angka 1 UU No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan.

gugatan atau tuntutan dari pasien.⁷Penyelesaian atas permasalahan hukum seperti itu seharusnya diutamakan melalui prosedur non-litigasi. Sebab, prosedur non litigasi sesungguhnya lebih sesuai dengan karakter perbuatan melawan hukumnya dan sifatnya yang khas menurut etika profesi kedokteran. Pertimbangannya, karena pelayanan medis dan profesi kedokteran memiliki keterkaitan dengan kegiatan kemanusiaan dan pelayanan untuk kepentingan umum.⁸ Akan tetapi, perkembangan ilmu hukum dan meningkatnya kesadaran hukum masyarakat mendorong terjadinya pergeseran pertanggungjawaban dokter dan rumah sakit ke arah penyelesaian litigasi melalui gugatan perdata dan aduan pidana. Adanya gugatan perdata dan aduan pidana dalam pelayanan kesehatan merupakan kondisi yang pasti tidak diharapkan semua pihak, baik dokter, rumah sakit dan tenaga kesehatan lainnya maupun pihak pasien. Oleh karena itu, penyelesaian non-litigasi melalui mediasi profesi kesehatan menjadi sangat penting sebelum diajukannya gugatan perdata dan aduan pidana, yang justru menciptakan dampak negatif yang merugikan para pihak.

Harus diakui, bagi dokter, rumah sakit dan tenaga kesehatan lainnya, pengajuan gugatan perdata maupun aduan pidana cenderung menciptakan ketakutan karena mereka tidak pernah berharap kedua tindakan hukum tersebut dilakukan. Bagi dokter, melaksanakan profesi medik dengan cermat demi kemanusiaan adalah implementasi adagium hukum, *lex nemini operator iniquum*

⁷Pasien adalah “setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan, baik secara langsung maupun tidak langsung di Rumah Sakit.” Lihat Pasal 1 angka 4 UU No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit

⁸Lihat konsiderans menimbang huruf c UU No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan yang mengamanatkan keharusan penyelenggaraan kesehatan oleh tenaga kesehatan yang bertanggung jawab, memiliki etika dan moral tinggi, keahlian, dan kewenangan.

nemini facit injuriam yang berarti hukum tidak pernah menjalankan kesalahan dan berbuat yang merugikan.⁹ Oleh karena itu, bagi rumah sakit dan tenaga kesehatan, khususnya dokter, upaya menciptakan hubungan hukum yang harmonis dengan pasien merupakan kebutuhan sekaligus kepentingan untuk menjaga etika profesinya.¹⁰

Dalam praktik medik, terdapat potensi perselisihan antara dokter dan pasien atau rumah sakit dan pasien, yang acapkali dianggap sebagai pelanggaran hukum, dan tidak dianggap sebagai pelanggaran etika. Oleh karena itu, pasien cenderung menyelesaikannya melalui gugatan perdata atau aduan pidana. Langkah hukum seperti itu kadangkala disertai dengan pemberitaan di media massa (*trial by the press*). Hal demikian akan berpotensi menyulitkan proses mediasi secara etik, apabila solusi seperti itu akan ditempuh. Dalam banyak kasus, muncul anggapan bahwa rumah sakit dan dokter merupakan pihak yang paling bertanggung jawab dalam hal terjadinya dugaan pelanggaran, bahkan kadangkala mengarah pada kriminalisasi praktik medik.¹¹

Sejauh ini, gugatan perdata dan aduan pidana yang terkait dengan masalah pelayanan kesehatan telah menciptakan ketidakpastian hukum dalam

⁹Ranuhandoko, *Terminologi Hukum*, (Jakarta: Sinar Grafika), 1996, hal. 386.

¹⁰Hubungan hukum yang harmonis adalah suatu harapan dalam kegiatan hukum, hubungan hukum sebagai hubungan antar-manusia dan/atau badan hukum yang menetapkan hak dan kewajiban melahirkan causa sebagai hal yang menyebabkan adanya hubungan hukum terjadi dalam bentuk kepentingan yang harus dijaga. Lihat Wirjono Prodjodikoro, *Azas-azas Hukum Perdata* (Bandung: Vorkink-Van Hoeve, 1959), hal. 35.

¹¹Kriminalisasi adalah “tindakan atau penetapan penguasa mengenai perbuatan-perbuatan tertentu yang oleh masyarakat atau golongan-golongan masyarakat dianggap sebagai perbuatan yang dapat dipidana menjadi perbuatan pidana atau membuat suatu perbuatan menjadi perbuatan kriminal dan karena itu dapat dipidana oleh pemerintah.” Lihat Soerjono Soekanto, *Pengantar Kriminologi* (Jakarta: Ghalia Indonesia, 1982), hal. 62. Kriminalisasi praktik medik terjadi dengan menyatakan tindakan dalam praktik medik dianggap sebagai perbuatan pidana, padahal tindakan yang dilakukan berdasarkan syarat, prosedur, dan persetujuan atau kesepakatan.

penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Dua faktor yang menjadi pengaruhnya adalah: Pertama, hubungan hukum dalam bidang pelayanan kesehatan didasarkan pada kesepakatan yang timbul atas dasar kemauan dan hal yang menerangkannya secara bebas,¹² sehingga mekanisme penyelesaian perselisihan yang efektif sesungguhnya telah tersedia. Kedua, proses penyelidikan dan pemeriksaan permasalahan yang terkait dengan pelayanan kesehatan telah diatur mekanisme penyelesaiannya sesuai dengan kepentingan para pihak. Akan tetapi, persepsi sebagian besar masyarakat terhadap pelayanan kesehatan telah berubah ke arah pengenaan sanksi hukum dan sanksi sosial dibandingkan sanksi etik. Akibatnya, tenaga kesehatan dihadapkan pada upaya kriminalisasi dan tuntutan ganti kerugian ditambah dengan ekspos dari pemberitaan di media massa yang terkesan sudah mengadili (*trial by press*). Dampaknya, tenaga kesehatan dan institusinya sudah seperti dihukum sebelum mendapatkan putusan pengadilan. Selain menyebabkan pencemaran nama baik, dampak terhadap reputasi dan karir juga seketika rusak karena tuduhan atau dugaan yang belum sepenuhnya terbukti. Secara prosedural, pihak yang merasa dirugikan seharusnya melaporkan ke Komisi Etik yang berwenang menyelesaikan.

Meningkatnya gugatan perdata dan aduan pidana dalam hubungan pelayanan kesehatan disadari antara lain sebagai akibat dari meningkatnya kesadaran hukum masyarakat. Fenomena seperti itu membawa dampak terhadap menguatnya kadar ketidakpastian hukum, terutama karena dugaan pelanggaran praktik medik telah dikualifikasi sebagai perbuatan pidana.¹³ Upaya tersebut

¹²Prodjodikoro, *Op.cit.*, hal. 33.

¹³Perbuatan melawan hukum pidana tidak terlepas dari asas umum hukum pidana, yaitu asas legalitas. Asas ini, tercantum dalam Pasal 1 KUHP dengan rumusan bahwa suatu perbuatan tidak

dianggap sebagai bentuk kriminalisasi praktik medik, dengan mengemukakan norma peraturan perundang-undangan yang seakan dikait-kaitkan, sehingga cenderung seperti dipaksakan pemenuhan unsur pelanggaran pidananya.

Berdasarkan catatan, terdapat banyak penyebab kriminalisasi dugaan pelanggaran praktik medik. Diantaranya adalah pemahaman yang tidak tepat mengenai hubungan hukum dalam praktik medik, kekeliruan dalam menentukan unsur perbuatan melawan hukum dalam norma peraturan perundang-undangan, pembuktian yang terlalu dipaksakan, dan fakta hukum yang tidak sesuai dengan pemahaman teori kedokteran dan teori kesehatan. Selain itu juga pengaturan norma yang tidak tepat dalam menyelesaikan perselisihan medik, dan pemahaman yang belum mendalam mengenai hubungan hukum dalam praktik medik.¹⁴ Harus diakui, berbagai kondisi kausalitas tersebut terjadi karena norma pengaturan perundang-undangan di bidang kesehatan di Indonesia telah memasuki gejala *ill-structured problems*. Artinya, telah memasuki fase masalah hukum yang tidak terstruktur sebagai akibat penerapan norma yang inkonsisten dan penyelesaian hukum yang samar-samar hingga melemahkan aspek kepastian hukum. Implikasinya terhadap praktik medik adalah munculnya konflik atau sengketa medik yang penyelesaiannya dapat ditafsirkan sendiri, sehingga risiko praktik medik berubah menjadi berada pada situasi ketidakpastian (*uncertainty*).¹⁵

dapat dipidana, kecuali berdasarkan kekuatan peraturan perundang-undangan pidana yang telah ada. Dikutip dari buku Suwandi, *Penyalahgunaan Hak* (Jakarta: Djambatan, 1960), hal. 5.

¹⁴Muhammad Nasser, “*Sengketa Medis dalam Pelayanan Kesehatan*,” (Makalah yang disampaikan dalam Annual Scientific Meeting di Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta 3 Maret 2011), hal. 4.

¹⁵Lihat teori ini dalam William N. Dunn, *Analisa Kebijakan Publik [Public Policy Analysis]*, diterjemahkan oleh Muhadjir Darwin, (Jakarta: Hanindita Graha Widia, 1985), hal. 103.

Sejauh ini, pergeseran hubungan hukum dalam praktik medik, khususnya antara dokter dan pasien telah mengubah relasi hukum yang sebelumnya merupakan hubungan yang dilandasi kepercayaan. Faktor kepercayaan ini yang telah melahirkan hubungan hukum yang menyepakati adanya hak dan kewajiban berdasarkan kemauan dan keterangan yang disepakati bersama.¹⁶ Dalam perkembangannya, masih banyak pihak yang tidak memahami karakter hubungan hukum antara dokter dan pasien ini. Padahal, intinya jelas, yaitu menyangkut pemenuhan hak dan kewajiban yang ditetapkan dalam suatu hubungan hukum kontraktual yang merupakan bagian dari hubungan hukum keperdataan.¹⁷ Dalam kaitan ini, pemahaman mengenai hak dan kewajiban para pihak, khususnya pasien dalam hubungan hukum kontraktual belum sepenuhnya disadari bersama karena dua alasan. Pertama, pasien hanya memberikan keterangan sepanjang yang diketahuinya dan kadangkala menyembunyikan informasi yang seharusnya diketahui dokter dalam rangka mengambil tindakan medis. Kedua, dokter sangat bergantung pada kejujuran pasien dalam memahami rekaman medisnya, sehingga dokter dapat mengambil tindakan medis yang diperlukan dan menerangkan risikonya kepada pasien.¹⁸

¹⁶Lihat Prodjodikoro, op.cit., hal. 34. Hakikat kepercayaan yang melahirkan hubungan hukum dianggap sebagai sendi atau dasar yang menentukan para pihak menentukan untuk membentuk perjanjian atau kesepakatan berdasarkan persetujuan yang menentukan hak dan kewajibannya masing-masing.

¹⁷Hubungan kontraktual yang terjalin melalui hubungan dokter dan pasien hakikatnya terjalin karena keduanya bersepakat secara jujur atau itikad baik, sehingga materi muatan dalam kontrak yang ditandatangani disepakati dan dipahami sebelumnya.

¹⁸M. Sofyan Lubis, "*Hubungan Hukum Dokter & Pasien*" www.kantorhukum-lls.com, 7 Maret 2015.

Perlu dicatat bahwa sebelumnya, hubungan hukum antara dokter/rumah sakit dan pasien lebih bersifat paternalistik. Artinya pasien sangat bergantung pada dokter/rumah sakit. Akibatnya, pasien menerima apapun tindakan yang dilakukan oleh dokter atau rumah sakit tanpa meminta penjelasan atau keterangan kepada dokter atau rumah sakit dengan alasan ketidaktahuan atau ketidakpahaman. Dengan kata lain, keputusan medis sepenuhnya berada pada dokter dan bergantung pada pelayanan rumah sakit. Hubungan demikian menyebabkan dokter dan rumah sakit cenderung superior dan tidak seimbang.

Secara normatif, hubungan hukum yang tidak seimbang seperti itu melahirkan kedudukan hukum yang tidak seimbang pula, terutama menyangkut hak dan kewajiban para pihak.¹⁹ Hubungan hukum yang tidak seimbang terjadi karena profesi dokter/rumah sakit dianggap superior, sehingga melahirkan kedudukan hukum yang menempatkan keberadaan hak dan kewajiban yang tidak seimbang. Hal ini yang kemudian berpotensi menciptakan masalah, yang berujung pada perselisihan hukum dalam pelaksanaan praktik medik.²⁰ Ketidakseimbangan dalam hubungan dan kedudukan hukum diperparah dengan komunikasi yang

¹⁹Kedudukan hukum hakikatnya menyangkut hak dan kewajiban yang diatur masing-masing pihak dalam hubungan hukum antara para pihak berdasarkan hukum. Kedudukan hukum mengemukakan kepentingan yang harus dijaga antara hak dan kewajiban yang kemudian dimuat dalam perjanjian yang disepakati bersama. Lihat Prodjodikoro, Op.cit., hal. 35.

²⁰Perselisihan hukum dalam praktik medik disebabkan kepentingan salah satu pihak yang tidak diakomodasikan secara layak atau terjadi perbedaan dalam memahami maksud dalam menyepakati sesuatu dalam suatu tindakan medik. Perselisihan terjadi apabila para pihak bertahan dalam persepsinya masing-masing dan tidak berupaya menemukan jalan penyelesaian secara mediasi. Konsekuensi sikap keras dan kaku demikian menyebabkan salah satu pihak meminta pembatalan atau permintaan penyelesaian, yang mungkin dilakukan dengan menyatakan adanya perbuatan melawan hukum, baik dengan gugatan perdata atau pengaduan pidana. Lihat Prodjodikoro, Op.cit., hal. 43.

buruk antara dokter dan pasien, sehingga pasien beranggapan dokter bersikap tertutup dan menyembunyikan informasi yang menjadi haknya untuk diketahui.

Adanya fenomena ketidakseimbangan tersebut mendorong pentingnya dibangun hubungan hukum yang bersifat kemitraan (*partnership*), dengan membagi penjelasan dan keterangan, sehingga disepakati hak dan kewajiban yang seimbang. Dalam hal ini, pasien diberikan keleluasan dalam mengambil keputusan atau tindakan medik yang diperlukan sesuai dengan kepentingan dan keinginannya berdasarkan alternatif pengambilan tindakan medik yang dijelaskan dokter.²¹ Sejalan dengan itu, pemahaman yang sama antara para pihak mengenai hak dan kewajiban dalam hubungan hukum medik agar para pihak dapat memahami kepentingan dan batasan tanggung jawabnya. Dengan demikian, ketidakmampuan para pihak dalam memahami hak dan kewajiban masing-masing akan menyebabkan miskomunikasi dan mispersepsi yang mengakibatkan perselisihan yang kemungkinan dapat berujung pada penyelesaian hukum yang tidak perlu.²²

Harus diakui, pemahaman para pihak atas hak dan kewajiban diperlukan untuk menghindari perselisihan, yang sebenarnya terjadi karena persoalan miskomunikasi dan mispersepsi atas hak dan kewajiban yang termuat dalam

²¹Sri Siswati, *Etika dan Hukum Kesehatan dalam Perspektif Undang- Undang Kesehatan*, (Jakarta: Rajagrafindo Persada, 2013), hal. 5.

²²Penyelesaian hukum yang tidak perlu maksudnya tindakan kriminalisasi terhadap praktik medik, yang justru tidak efektif dalam menyelesaikan inti masalah dalam hubungan hukum dalam praktik medik. Kriminalisasi tersebut menyebabkan munculnya defensive medicine atau “pengambilan keputusan praktek kedokteran defensif, mengacu pada praktik dokter merekomendasikan tes diagnostik atau pengobatan yang belum tentu merupakan pilihan terbaik bagi pasien dan sesuai indikasi medis. Tetapi, praktek kedokteran defensif itu merupakan pilihan utama untuk melindungi dokter terhadap gugatan pasien dan vonis hakim yang berlebihan terhadap malapraktik dokter.” Lihat Widodo Judarwanto, “*Defensive Medicine*” Dampak Buruk Kriminalisasi Dokter. www.health.kompas.com. 2 Desember 2012.

perjanjian. Selain itu, hubungan dalam pelayanan kesehatan adalah hubungan atas dasar kepercayaan yang terwujud dengan itikad baik, sehingga kedua pihak harus menyatakan kepercayaan dalam bentuk kesepakatan dalam memahami materi muatan perjanjian dan kepentingan masing-masing.²³ Adanya kepercayaan menyebabkan pasien percaya atas kemampuan dokter untuk melakukan penyembuhan dan pemulihan kesehatannya. Besarnya kepercayaan yang terbangun kepada dokter tersebut kadangkala melahirkan kekecewaan karena tindakan medis yang diambil tidak sesuai dengan harapan dan kehendak pasien, sehingga melahirkan perselisihan yang berujung gugatan perdata atau aduan pidana. Sebagaimana profesi lainnya, para dokter dihadapkan pada risiko yang tidak mungkin dapat diperkirakan sendiri karena bersumber dari kondisi memaksa atau kondisi yang tidak diduga sebelumnya, sehingga tindakan medis yang dilakukan menyebabkan pasien mengalami kecacatan atau meninggal dunia. Padahal, penanganan medis yang dilakukan dokter telah dilakukan sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan medis yang baik. Hal ini yang disebut sebagai risiko medis, dimana risiko ini dimaknai sebagai malpraktik (*medical malpractice*).

Merupakan hal yang wajar jika dalam hubungan hukum antara dokter dan pasien terjadi berbagai hal yang menyebabkan perselisihan medik.²⁴ Tidak jarang

²³Perjanjian dibangun atas pernyataan (kehendak) yang menimbulkan kepercayaan, di mana para pihak dipercaya saling berjanji dalam memenuhi kewajiban, dan juga memenuhi haknya. Untuk itu bilamana pihak yang satu ingin pernyataannya dapat menimbulkan perjanjian, harus meyakinkan pihak yang lain agar percaya terhadap pernyataannya. Lihat R. Subekti, Hukum Perikatan (Bandung: Intermasa, 1990), hal. 51.

²⁴Perselisihan medik adalah perbedaan pendapat dan persepsi antara dokter dan pasien/keluarga pasien atas tindakan medis yang dilakukan, serta akibatnya yang merugikan kepentingan pasien/keluarga pasien.

perselisihan medik ini menjadi sebab terjadinya gugatan perdata dan aduan pidana terhadap dokter dan rumah sakit. Sebagian masyarakat menyebut tindakan medis dokter sebagai malpraktik, padahal sesungguhnya malpraktik dapat terjadi pada profesi-profesi lainnya. Secara gramatikal, malpraktik selalu dikaitkan dengan profesi dokter dalam kegiatannya melakukan pengobatan kepada pasien, walaupun sesungguhnya istilah malpraktik juga dapat ditujukan untuk suatu profesi yang dapat melakukan kesalahan (*wrong doing*) dalam menjalankan profesinya, seperti pengacara, insinyur, dan akuntan, dan lain-lain.²⁵

Adapun pengertian malpraktik menurut *Coughlin's Dictionary of Law* adalah seperti terurai sebagai berikut:

*“Malpractice is professional misconduct on the part of a professional person, such a physician, engineer, lawyer, accountant, dentist, veterinarian. Malpractice may be the result of ignorance, neglect, or lack of skill or fidelity in the performance of professional duties, intentional wrong doing; or unethical practice.”*²⁶

(Sikap tindak yang salah secara profesional dari seseorang yang berprofesi sebagai dokter, insinyur, ahli hukum, akuntan, dokter gigi, dokter hewan. Malpraktik dapat terjadi akibat ketidakpedulian, kelalaian, ketidak hati-hatian dalam melaksanakan kewajiban profesinya, atau kesalahan yang disengaja atau praktik secara tidak etis).

Sementara itu, menurut *Stedman's Medical Dictionary*, malpraktik adalah “*mistreatment of disease or injury through ignorance, careless or criminal intent.*”²⁷ Dalam *Black's Law Dictionary*, malpraktik didefinisikan sebagai berikut:

²⁵Phil Haeck and Mark Gorney, *Risk, Liability and Malpractice* (British Library Cataloguing in Publication Data: Elsevier Saunders, 2011), hal. 113.

²⁶Desriza Ratman, *Aspek Hukum Penyelenggaraan Praktek Kedokteran dan Malpraktek Medik*, (Bandung: Keni Media , 2014), hal. 55

²⁷Guwandi, *Hukum Medik (Medical Law)*, (Jakarta: FK UI, 2010), hal. 22-23

“any professional misconduct, unreasonable lack of skill. This term is usually applied to such conduct by doctors, lawyers, and accountants. Failure of one rendering professional service to exercise that degree of skill and learning community by average prudent reputable member of the profession with the result of injury, loss or damage to the recipient of those services or to those entitled to rely upon them. It is any professional misconduct, unreasonable lack of skill or fidelity in professional or judiciary duties, evil practice, or illegal or immoral conduct.”²⁸

Sementara itu, *The Oxford Illustrated Dictionary* mendefinisikan sebagai

“*Malpractice* = wrongdoing ;(law) improper treatment of patient by medical attendant; illegal action for one’s own benefit while in position of trust.”

Berdasarkan pengertian tersebut, malpraktik yang terkait dengan profesi dokter dan dokter gigi disebut sebagai *medical malpractice*/malpraktik medik. Pendeknya, istilah malpraktik seringkali disamakan dengan kelalaian. Padahal, kedua istilah ini mengandung arti yang berbeda. Pengertian kelalaian (*negligence*) antara lain dalam *Black’s Law Disctionary* didefinisikan sebagai berikut:

“ *Negligence is the omission to do something which a reasonable man, guided by those ordinary considerations which ordinarily regulate human affairs, would do, or the doing of something which a reasonable and prudent man would not do. Negligence is the failure to use such care as a reasonably prudent and careful person would use under similar circumstances; it is the doing of some act which a person of ordinary prudence would not have done under similar circumstances of failure to do what a person of ordinary prudence would have done under similar circumstances.* ”²⁹

²⁸Ibid, hal. 24

²⁹Chrisdiono Achadiyat, *Dinamika Etika & Hukum Kedokteran*, (Jakarta: EGC, 2007), hal. 21.

Dengan demikian, ada perbedaan mendasar antara malpraktik dan kelalaian dalam tindakan medis. Di Indonesia, hukum kedokteran belum merumuskan secara tegas perbedaan definisi tentang malpraktik dan kelalaian, sehingga rumusan yang dipergunakan di beberapa negara sering dijadikan acuan.³⁰ Berdasarkan uraian mengenai pembedaan malpraktik dan kelalaian, Guwandi menyimpulkan:

1. Terdapat malpraktik apabila ada tindakan atau sikap dokter yang:
 - a) bertentangan dengan etika atau moral;
 - b) bertentangan dengan hukum;
 - c) bertentangan dengan Standar Profesi Medik (SPM);
 - d) kurang pengetahuan atau ketinggalan ilmu pada bidangnya yang berlaku umum.
2. Terdapat kelalaian apabila ia melakukan suatu tindakan yang seharusnya tidak dilakukan, atau sebaliknya tidak melakukan sesuatu yang seharusnya dilakukan menurut ukuran seseorang yang biasa, wajar dan hati-hati. (*reasonable man*). Di dalam arti kata kelalaian sudah tersirat adanya sifat sembrono atau sembarangan (*heedlessness or carelessness*) yang merupakan tindakan yang menyimpang dari tolok ukur yang umumnya diharapkan dari masyarakat.³¹

Secara teori, malpraktik tidak dapat dikategorikan sebagai bentuk perbuatan melawan hukum pidana karena unsur kesengajaan dengan maksud membuat cacat atau meninggal tidak ada. Dalam hal kemungkinan terjadi

³⁰Ibid., hal. 22.

³¹Guwandi, *Sekitar Gugatan Malpraktek Medik*, (Jakarta: FK UI, 2010), hal. 19.

perbuatan melawan hukum pidana apabila ada penyebab meninggal atau cacat sebagai proses dan bukan akibat. Sebagai contoh meskipun akibatnya fatal, tetapi tidak terdapat unsur kesengajaan atau kesalahan, dokter tidak dapat dipersalahkan.³² Akan tetapi, *causa* adanya gugatan perdata dan aduan pidana pada umumnya adalah miskomunikasi antara dokter dan pasien. Menurut Achadiyat, hubungan yang seimbang diharapkan dapat dimiliki dokter dan rumah sakit, sehingga hak dokter dan rumah sakit untuk dihargai kompetensi dan profesionalitasnya sering terabaikan oleh pasien yang cenderung lebih banyak menuntut haknya. Sesungguhnya dokter dan rumah sakit sangat mengharapkan dihargainya hak atas reputasi yang merupakan dasar dari timbulnya suatu kepercayaan. Seringkali terkesan pihak pasien seperti “mencari-cari” kesalahan atau kelemahan dokter, untuk kemudian digunakan sebagai dasar untuk mengajukan gugatan perdata dan aduan pidana. Tidak jarang perselisihan akan semakin “panas” akibat turut campurnya pihak ketiga yang tidak kompeten, yang sesungguhnya tidak memahami dengan jelas substansi permasalahannya. Padahal, sesuai syarat dan prosedur, ada tidaknya malpraktik terhadap dokter hanya dapat diputuskan oleh Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI) dan putusan pengadilan yang berkekuatan hukum tetap, sehingga simpulan malpraktik yang masih prematur hakikatnya telah melanggar asas praduga tak bersalah.³³

³²Achadiyat, Op.cit., hal. 23.

³³Ibid, hal. 64

Selama delapan tahun terakhir ini di Indonesia tercatat ada 193 pengaduan malpraktik untuk dimintakan penyelesaiannya ke MKDKI.³⁴ Akan tetapi, ada puluhan yang melakukan gugatan perdata dan aduan pidana dari pasien yang merasa dirugikan dan menuntut ganti rugi akibat adanya dugaan kesalahan atau kelalaian yang dilakukan oleh dokter atau tenaga kesehatan lainnya jumlahnya semakin meningkat. Dalam beberapa kasus ada yang tidak pernah diajukan ke MKDKI terlebih dahulu, tetapi langsung dilakukan penyidikan dan berlanjut ke penuntutan ke pengadilan. Praktek seperti ini mencemaskan dan mendorong kebutuhan untuk mendapatkan perlindungan yang jelas, baik kepada penerima maupun kepada pemberi pelayanan kesehatan. Akan tetapi, norma dalam peraturan perundang-undangan justru terjadi disharmoni yang melahirkan perselisihan.³⁵

Berdasarkan Pasal 66 ayat (1) Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran (UU Nomor 29 Tahun 2004) diatur prosedur pengaduan, yang berbunyi, “Setiap orang yang mengetahui atau kepentingannya dirugikan atas tindakan dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran dapat mengadukan secara tertulis kepada Ketua Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia. Norma tersebut menunjukkan adanya peluang atau kesempatan dan hak masyarakat untuk mengadukan dokter kepada MKDKI terlebih dahulu. Sejalan dengan itu, pelaporan adanya dugaan tindak pidana kepada pihak yang berwenang dan/atau menggugat kerugian perdata ke

³⁴“Ketua MKDKI: Kami Tak Mengenal Istilah Malpraktek,” www.tempo.com, 23 Desember 2013.

³⁵Bahder Johan Nasution, *Hukum Kesehatan Pertanggungjawaban Dokter* (Jakarta: Rineka Cipta, 2013) hal.21.

pengadilan dilakukan setelah yang bersangkutan melakukan pengaduan secara tertulis kepada Ketua MKDKI. Namun, ketentuan dalam Pasal 66 ayat (3) UU Nomor 29 Tahun 2004 mengenai hak setiap orang untuk melaporkan adanya dugaan tindak pidana kepada pihak yang berwenang dan/atau menggugat kerugian perdata ke pengadilan, telah dimohonkan uji materi oleh Dokter Indonesia Bersatu (DIB). Terkait dengan hal ini, Mahkamah Konstitusi telah mengeluarkan Putusan Nomor 14/ PUU- XII/ 2014 dengan menolak permohonan yang diajukan oleh Pemohon.³⁶ Ini berarti, ketentuan Pasal 66 ayat (3) UU Nomor 29 Tahun 2004 tetap berlaku seperti yang tertulis dalam undang- undang.

Sementara itu, ada tiga hubungan hukum saat pasien mendapatkan pelayanan medis, yaitu hubungan hukum antara dokter dan pasien, hubungan hukum antara rumah sakit dan pasien, serta hubungan hukum antara dokter dan rumah sakit. Pada hubungan hukum antara dokter dan pasien, ada 2 (dua) jenis hubungan hukum, yaitu hubungan karena terjadinya perjanjian terapeutik dan hubungan karena adanya peraturan perundang-undangan.³⁷

Dalam hubungan yang pertama, diawali dengan perjanjian tidak tertulis, sehingga kehendak kedua belah pihak diasumsikan terakomodasi pada saat kesepakatan tercapai. Kesepakatan yang dicapai antara lain berupa persetujuan tindakan medis atau dapat juga berupa penolakan pada sebuah rencana tindakan medis. Hubungan berdasarkan peraturan perundang-undangan terjadi karena kewajiban dokter dikaitkan dengan profesinya, sehingga, tidak perlu ada persetujuan pasien. Kedua hubungan tersebut melahirkan tanggung jawab hukum,

³⁶Hal ini berdasarkan wawancara dengan Sjamsuhidajat Oktober, 2014, dan keterangan Ahli dalam Sidang Mahkamah Konstitusi pada Perkara Nomor 14/PUU/XII/2014).

³⁷Ibid.

tanggung jawab profesi dan tanggung jawab etika dokter. Pelaksanaan hubungan antara pasien dan dokter diatur dalam peraturan perundang-undangan tertentu yang diharapkan dapat menciptakan keharmonisan dalam pelaksanaannya. Hubungan hukum tersebut betapapun perlu diatur secara normatif dalam peraturan perundang-undangan. Apabila tidak diatur dalam peraturan perundang-undangan, hal itu justru akan menyebabkan ketidakharmonisan dan kesimpangsiuran.³⁸ Prinsip ini penting mengingat sumber hukum kesehatan yang mengatur hubungan antara dokter dan pasien tidak hanya bertumpu pada hukum tertulis (peraturan perundang-undangan), tetapi juga dari yurisprudensi, konsensus, dan pendapat ahli hukum atau ahli kedokteran (doktrin). Yang pasti, tidak semua sumber hukum tersebut memiliki kekuatan hukum yang mengikat (*binding authority*). Jika yurisprudensi memiliki kekuatan hukum yang mengikat, doktrin atau pendapat ahli tidak mengikat. Doktrin hanya dapat dijadikan *persuasive authority* oleh hakim, misalnya dalam mencari atau menemukan hukum yang baru.³⁹ Hal ini disebabkan hakim tidak boleh menolak perkara hanya karena dianggap penyelesaian masalah belum ada peraturan perundang-undangannya. Mengingat Indonesia menganut sistem kodifikasi, bukan *common law system*, tetapi dalam praktiknya terkadang ada modifikasi dari keduanya, sehingga hakim diperbolehkan membuat penafsiran dan menemukan hukum, sehingga adanya doktrin atau pendapat ahli dibutuhkan sebagai sumber hukum.⁴⁰

³⁸Nasser, Op.cit., hal.2.

³⁹Ibid.

⁴⁰Ta'adi, *Hukum Kesehatan Sanksi dan Motivasi bagi Perawat* (Jakarta: EGC, 2013), hal. 5.

Dalam kerangka landasan peraturan perundang-undangan, norma yang mengatur hubungan dokter dan pasien mengalami perkembangan secara bertahap, yaitu UU Nomor 9 Tahun 1960 tentang Pokok-pokok Kesehatan, UU Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan yang telah diganti dengan UU Nomor 36 Tahun 2009, UU Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, UU Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, dan serangkaian aturan teknis termasuk Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis. Perkembangan penataan regulasi seperti itu menggambarkan bahwa proses pengaturan norma ternyata lebih lamban dibandingkan dengan perkembangan dunia kedokteran dan dinamika tuntutan masyarakat. Sementara itu, pengaturan norma hukum kesehatan ⁴¹tersebut sama sekali tidak menghapus atau meniadakan norma etika. Dalam pelaksanaannya, norma etika menghadapi berbagai permasalahan akibat sifatnya yang terlalu umum, sehingga menimbulkan

⁴¹ Istilah hukum kedokteran dan hukum kesehatan masih digunakan secara bergantian, seolah-olah sinonim. Baik hukum kesehatan maupun hukum kedokteran merupakan spesialisasi ilmu hukum masih belum berkembang dan relatif masih baru di Indonesia. Meskipun sebenarnya di beberapa negara, hukum kesehatan dan hukum kedokteran telah lama berkembang menjadi spesialisasi hukum tersendiri. Istilah atau terminologi hukum kesehatan dan hukum kedokteran belum ada kesepakatan. Ada yang menyebutnya dengan hukum kedokteran (*medical law*, *droit medical*). Istilah *medical law* dipergunakan oleh ahli hukum dan dokter di Inggris, Amerika Serikat, dan Australia. Sementara itu, istilah *droit medical* biasanya digunakan di Perancis dan Belgia. Di samping itu, digunakan pula *health law* oleh World Health Organization (WHO). Hukum kesehatan merupakan terjemahan dari *Gesundheitsrecht* dan *Gezondheidsrecht*. Istilah *Gesundheitsrecht* berasal dari bahasa Jerman dan *Gezondheidsrecht* berasal dari bahasa Belanda. Di Indonesia, Tim Pengkajian Hukum Kesehatan Badan Pembinaan Hukum (BPHN) Departemen Kehakiman pada 1976 semula menggunakan istilah hukum kedokteran, tetapi kemudian menggunakan istilah hukum kesehatan dengan maksud memperluas ruang lingkup kajian terhadap bidang hukum ini. (Husein Kerbala, Segi- segi Etis dan Yuridis Informed Consent (Jakarta: Pustaka Sinar Harapan, 1993, hal. 21). Padmo Wahyono pada Simposium *Medical Law* yang diselenggarakan oleh BPHN memperkenalkan istilah baru untuk bidang ini, yaitu hukum pelayanan kesehatan, yang dianggap sebagai istilah yang mencerminkan kepentingan nasional bangsa Indonesia serta sesuai dengan jiwa dari Wawasan Nusantara (Padmo Wahyono, "Hukum Pelayanan Kesehatan," (Makalah yang disampaikan dalam simposium berjudul " *Medical Law* " di BPHN- IDI, Jakarta, 6-7 Juni 1983, hal. 2)

penafsiran yang beraneka ragam. Meskipun demikian keberadaan norma etika tetap dibutuhkan.⁴²

Harus diakui masuknya disiplin hukum dalam bidang kesehatan terutama dalam menyelesaikan persoalan hukum yang muncul dalam praktik medik, khususnya profesi kedokteran telah menimbulkan dua pandangan yang saling bertentangan. Pandangan pertama berpendapat profesi kedokteran harus dibiarkan bebas mengatur dirinya. Tidak ada kewenangan di luar kalangan profesi dokter yang dapat turut campur mengenai profesi kedokteran ini. Profesi kedokteran telah mempunyai kode etik kedokteran sendiri yang berisi aturan-aturan perilaku yang harus dilaksanakan oleh seorang dokter dalam hubungan dengan dirinya sendiri, hubungan dengan teman sejawat dan hubungan dengan pasien, sehingga tidak diperlukan lagi campur tangan dari luar kalangan profesi kedokteran. Apabila hukum mengharuskan dokter bertindak berdasarkan kaidah-kaidah hukum, dikhawatirkan dokter menjalankan kewajibannya karena takut akan sanksi hukum dan bukan karena kesadaran dan tanggung jawab moralnya. Oleh karena itu, sikap saling percaya antara dokter dan pasien akan lebih besar kemungkinan berkembang berdasarkan moralitas daripada hubungan yang hanya diatur oleh ketentuan-ketentuan hukum. Sebaliknya pandangan kedua berpendapat bahwa dokter tidak dapat dibiarkan bebas mengatur dan menentukan yang terbaik dalam hubungannya dengan pasien. Dalam kerangka ini, harus ditetapkan norma hukum yang dapat mengatur hak-hak dan kewajiban pasien maupun dokter, sehingga

⁴²Hendrik, *Etika & Hukum Kesehatan* (Jakarta: EGC, 2013), hal. 24.

diharapkan adanya keserasian antara dua kepentingan yang berbeda antara dokter dan pasien.⁴³

Dalam hukum kedokteran dan hukum kesehatan, profesi dokter seperti profesi lainnya, tidak terlepas dari etika yang berlaku di kalangan profesinya. Etika tersebut memberikan batasan untuk bersikap dan bertindak bagi anggota profesi dalam kaitannya dengan teman sejawat maupun dengan masyarakat luas. Dalam etika disusun kode etik yang mengatur juga tindakan yang tidak boleh dilakukan, sehingga apabila dilakukan dianggap sebagai pelanggaran. Bagi anggota profesi yang melakukan pelanggaran etik, pada umumnya organisasi profesi tersebut akan “mengadili” yang bersangkutan melalui suatu majelis etik. Melalui majelis etik inilah akan diperiksa atau diteliti apakah anggota profesi tersebut benar-benar terbukti telah melakukan kesalahan. Apabila melakukan kesalahan, besar kecilnya kesalahan yang dilakukan akan dikenakan sanksi yang

⁴³ Menurut Kerbala, perbedaan pendapat ini sebenarnya dapat diperkecil apabila masing-masing pihak dapat memahami arti pentingnya suatu ketentuan hukum di dalam masyarakat serta memahami tujuan dan tugas pokok hukum dalam kehidupan bersama. (Baca Husein Kerbala, Op.cit, hal. 23 -26). Menurut Van der Mij, pengertian hukum kesehatan sebagai hukum yang berhubungan secara langsung dengan pemeliharaan kesehatan yang meliputi penerapan perangkat hukum perdata, pidana dan tata usaha negara. Sementara itu, hukum kedokteran adalah ilmu tentang hubungan hukum di mana dokter adalah salah satu pihak. Hukum kedokteran merupakan bagian dari hukum kesehatan. Di sisi lain, J.J. Leenen dalam bukunya yang diterbitkan pada 1981 berjudul *Gezondheidszorg en Recht, Een Gezondheidsrecht telyke studie*, menyatakan bahwa hukum kedokteran adalah suatu bidang hukum yang mencakup seluruh aturan hukum yang berhubungan langsung dengan bidang pemeliharaan kesehatan atau pelayanan kesehatan dan penerapannya mencakup aspek hukum perdata, hukum administrasi dan hukum pidana. Leenen menyatakan bahwa keseluruhan aturan hukum kesehatan tidak hanya berupa peraturan perundang-undangan nasional dan peraturan internasional, tetapi juga pedoman internasional, hukum kebiasaan dan hukum yurisprudensi. Perbedaan antara hukum kesehatan dan hukum kedokteran hanya terletak pada ruang lingkupnya. Pada hukum kesehatan ruang lingkungannya meliputi segala aspek yang berkaitan dengan bidang kesehatan yang meliputi kesehatan jasmani, rohani dan lingkup kesehatan sosial secara keseluruhan. Sedangkan ruang lingkup hukum kedokteran hanya terbatas pada masalah yang berkaitan dengan profesi kedokteran. Selain itu, berkaitan dengan masalah di bidang kedokteran juga termasuk masalah di dalam bidang kesehatan, sehingga sebenarnya hukum kedokteran adalah merupakan bagian dari hukum kesehatan.

bervariasi, dari yang teringan yaitu teguran lisan, sampai pemecatan dari organisasi profesi.

Berdasarkan hal tersebut, peraturan dalam organisasi profesi umumnya cukup ketat membatasi perilaku anggota- anggotanya. Namun, tidak berarti norma peraturan perundang-undangan tidak berlaku bagi profesi dokter. Bagi kalangan dokter, selain kaedah yang terdapat pada Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI), sikap dan tindakannya tidak dapat terlepas dari norma peraturan perundang-undangan. Misalnya norma dalam hukum perdata maupun hukum pidana.

Hubungan antara pasien dan dokter tidak lepas dari kondisi di masyarakat pada umumnya. Di satu pihak ingin hidup dengan mendasarkan pada kehidupan yang berorientasi pada nilai- nilai komunal, seperti musyawarah, tetapi pada waktu yang sama disadari atau tidak, digunakan doktrin besar *rule of law*. Pandangan bahwa tindakan yang dilakukan dokter selalu benar, kini telah ditinggalkan dan diganti dengan pandangan- pandangan yang kritis. Pendapat lama yang menyatakan seolah-olah dokter “kebal” terhadap hukum, sekarang sudah tidak dapat diterapkan lagi. Perkembangan tersebut merupakan hal yang baik sepanjang bermanfaat bagi masyarakat dan proporsional terhadap nilai- nilai etika-moral dan religius yang dianut masyarakat.

Perlu dicatat bahwa pada dasawarsa 1970-an di Amerika Serikat terjadi peristiwa yang disebut sebagai *malpractice crisis* dengan segala akibatnya, menyebabkan kerugian masyarakat. Semua pihak tidak menghendaki peristiwa krisis malpraktik yang merugikan masyarakat terjadi di Indonesia. Hal ini sejalan dengan pendapat George Santayana yang menyatakan, “*Those who forget the past*

are condemned to repeat it.” Selain itu, Hakim Taylor menyatakan. *“It is often said that a good physician – patient relationship is the best prophylactic against malpractice suit.”* Hubungan dokter-pasien yang baik hanya dapat dicapai apabila masing-masing pihak benar- benar menyadari hak dan kewajibannya, serta memahami peraturan perundang- undangan yang berlaku.⁴⁴

Malpraktik medik seringkali sulit dibuktikan, antara lain, karena banyaknya hal yang mempengaruhi hasil pengobatan. Misalnya, keparahan penyakitnya, daya tahan tubuh pasien, ketaatan pasien, kepandaian dokter, keseriusan dokter, dan anggapan bahwa pengobatan merupakan *“art”*. Selain itu, ada pula anggapan bahwa antara dokter yang satu dan dokter yang lain saling tidak mau menyalahkan, dan saling melindungi.

Sejauh ini, pasien yang berobat dapat berakhir dengan sembuh atau sebaliknya malah cacat atau meninggal dunia. Hal yang mempengaruhi hasil pengobatan tersebut adalah:

- 1) faktor pasien sendiri, seperti pengetahuan tentang penyakitnya, sikap dan daya tahan terhadap penyakit tersebut;
- 2) faktor penyakitnya, apakah penyakitnya adalah jenis yang ganas atau yang tidak ganas, sudah dalam keadaan parah atau masih belum parah, dan sebagainya;

⁴⁴Achadiat, Op.cit., hal. 20.

Sebagai referensi, pada 26 Maret 2009 telah terjadi wawancara interaktif di *TV-One* mengenai dimenangkannya gugatan perdata atas kasus malpraktik di mana ahli yang membantu pihak pasien adalah mantan Ketua Ikatan Dokter Indonesia (IDI), dokter Kartono Muhammad. Putusan tersebut merupakan kemajuan dalam perkembangan hukum kedokteran dan hukum kesehatan di Indonesia di mana pasien dibantu oleh dokter, sehingga dipahami hal yang seharusnya terjadi dalam proses transaksi terapeutik. Sutarno, Op.cit, hal. 188

- 3) faktor tenaga kesehatan, termasuk kemampuan dokter dan perawat terhadap keilmuannya, ketrampilannya, dan juga sikap serta perilakunya;
- 4) faktor peraturan di rumah sakit, fasilitas, utilitas, pembiayaan dan manajemen tempat perawatan atau rumah sakit baik dalam arti menguntungkan pasien, atau sebaliknya.

Menyikapi berbagai variabel permasalahan tersebut maka peran dan pengetahuan aparat penegak hukum mengenai hukum kedokteran sangat penting dan dibutuhkan, terutama untuk menyelesaikan kasus gugatan perdata apabila ada, atau aduan pidana terhadap praktik medik. Aparat penegak hukum yang menguasai dan memahami kasus hukum malpraktik medik masih relatif sedikit, karena pengetahuan hukum kedokteran merupakan cabang ilmu hukum yang sangat spesifik dan masih relatif baru. Menurut Pitono Soeparto, KUHP tidak dapat secara serta merta diterapkan terhadap kasus di bidang Kedokteran-Kesehatan. Hal inilah yang mungkin menjadi penyebab penasihat hukum yang berupaya melakukan pembelaan terhadap korban dugaan malpraktik medis, tidak dapat serta merta menerapkan norma peraturan perundang-undangnya apabila belum mendalami hukum kesehatan dan hukum kedokteran.

Secara teoritis, jika terjadi perselisihan hukum antara dokter dan pasien yang pengaturannya berada dalam lingkup hukum kedokteran, perlu dipahami beberapa hal sebagai berikut.

Pertama, sesuai dengan status negara hukum Indonesia, setiap warga negara tanpa kecuali harus taat dan tunduk kepada hukum yang berlaku di wilayah Republik Indonesia. Dalam hal ini para dokter juga harus taat dan tunduk kepada norma hukum beserta segenap asas- asasnya.

Kedua, dalam perselisihan terkait dengan perkara hukum apapun, termasuk hukum kedokteran akan selalu diawali dengan pertanyaan “apakah ada bukti untuk perkara tersebut?” Apabila bukti sudah ada, akan menyusul pertanyaan selanjutnya, “apakah bukti- bukti tersebut sah dan meyakinkan?”

Ketiga, hukum kedokteran termasuk dalam lingkup ilmu hukum yang berlaku asas-asas serta prinsip- prinsip ilmu hukum dan sama sekali bukan asas atau prinsip ilmu kedokteran. Dalam hukum kedokteran, ilmu kedokteran berfungsi bila diperlukan penafsiran mengenai hal yang sifatnya teknis kedokteran.

Keempat, perkara-perkara hukum kedokteran umumnya lebih menyoroti masalah proses dari timbulnya perkara, bukan pada hasil atau akibat perbuatan tersebut. Dengan demikian, dapat saja terjadi seorang pasien meninggal saat dirawat oleh seorang dokter, tetapi dokter tersebut tidak dihukum karena telah dipenuhinya secara benar Standar Profesi Medik dan *informed consent*. Dalam hukum kedokteran berlaku sepenuhnya asas praduga tidak bersalah. Namun, publik seringkali menyatakan adanya malpraktik dokter sebelum diputuskan oleh pengadilan, padahal kesalahan atau malpraktik belum dibuktikan di pengadilan?⁴⁵

Dilihat dari perikatan perjanjian antara dokter dengan pasien dalam perjanjian terapeutik, maka hubungan perikatan ini dapat dikelompokkan menjadi perikatan usaha atau *inspanning verbintenis*, dimana dokter berkewajiban melakukan segala daya upaya secara maksimal. Dokter tidak berkewajiban untuk memberikan hasil tertentu atau *resultaat verbintenis*.⁴⁶ Jadi, dokter berkewajiban

⁴⁵Achadiat, Op.cit., hal.58.

⁴⁶Faiq Bahfen, <http://www.hukor.depkes.go.id>, *Berita Hukum Kesehatan*, diakses 11 November 2014.

menyediakan perhatian, ketelitian, keahlian dan keuletannya untuk dimanfaatkan oleh pasien. Dokter memberikan jasa pelayanan perawatan medis dengan penuh kesungguhan sesuai dengan standar prosedur operasional yang berlaku.

Dalam mendiskusikan masalah keterikatan dokter terhadap pasien berdasarkan perikatan yang disepakatinya, penting untuk mengutip prinsip mengenai kapan dan siapa yang memutuskan suatu kontrak itu telah disetujui. Menurut pandangan Blackburn J yang banyak dijadikan referensi dalam hukum kontrak, ditegaskan pemikiran teoritik sebagai berikut:

“ If, whatever a man’s real intention may be, he so conducts himself that a reasonable man would believe that he was assenting to the terms proposed by the other party, and that other party upon that belief enters into the contract with him, the man thus conducting himself would be equally bound as if he had intended to agree to the other party’s terms”.

⁴⁷Pernyataan Blackburn di atas menegaskan satu prinsip bahwa eksistensi dan lingkup isi perjanjian atau kesepakatan didasarkan pada ukuran penilaian obyektif dan bukan subyektif.

Sesuai dengan ketentuan Pasal 12 UU Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, di dalam rumah sakit terdapat tenaga tetap, yang terdiri dari tenaga medis (dokter dan dokter gigi); tenaga penunjang medis; tenaga keperawatan, tenaga farmasi, dan tenaga manajemen rumah sakit. Untuk tenaga non-kesehatan, yaitu tenaga administrasi; tenaga kebersihan; tenaga keamanan, dan lain-lain. Tenaga kesehatan terdiri dari katagori yang ditentukan dalam UU Kesehatan⁴⁸

⁴⁷ Ewan Mc Kendrick, *Contract Law*, (London: Macmillan Press), 1994, hal. 15

⁴⁸ Pengertian tenaga kesehatan sesuai dengan Pasal 1 angka 6 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 adalah “setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau ketrampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.” Sementara itu, berdasarkan

dan UU Rumah Sakit dan tenaga kesehatan yang terdapat di dalam masyarakat, seperti: sarjana psikologi, akupunturis, sarjana kesehatan lingkungan, dan lain-lain. Selain tenaga medis, terdapat tenaga kesehatan yang sangat berperan di dalam rumah sakit, yaitu perawat. Secara garis besar, perawat mempunyai peran perawatan (*caring role/independent*), peran koordinatif (*coordinative role/independent*); dan peran terapeutik (*therapeutic role/dependent*). Peran perawatan dan peran koordinatif adalah tanggung jawab mandiri, sementara tanggung jawab terapeutik adalah tanggung jawab bersama yaitu mendampingi atau membantu dokter dalam melaksanakan tugas kedokteran.

Tenaga kesehatan yang melakukan kelalaian sama dengan melakukan malpraktik. Malpraktik yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dapat berupa malpraktik medik dan malpraktik di bidang medik. Malpraktik di bidang medik yaitu malpraktik yang dilakukan oleh tenaga kesehatan ketika menjalankan profesinya di bidang medik. Dalam hal ini dapat berupa perbuatan yang disengaja (*intentional*) seperti pada *misconduct* tertentu, tindakan kelalaian (*negligence*), ataupun suatu kekurangmahiran atau ketidak-kompetenan yang tidak beralasan (*unreasonable lack of skill*), yang mengakibatkan luka, atau menderita kerugian pada pihak yang ditangani. Sementara itu, makna malpraktik medik menurut *World Medical Association* adalah “*medical malpractice involves physician's failure to conform to the standard of care for treatment of the patient's*

Pasal 2 ayat (1) Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan, profesi tenaga kesehatan dapat dikelompokkan sesuai dengan keahlian dan kualifikasi yang dimiliki, antara lain tenaga medis; tenaga farmasi; tenaga keperawatan; tenaga gizi; tenaga keteknisian medis; dan tenaga kesehatan lainnya.

condition, or lack of skill, or negligence in providing care to the patient which is the direct cause of an injury to the patient.”

World Medical Association mengingatkan tidak semua kegagalan medik adalah malpraktik medik. Jika terjadi peristiwa buruk yang tidak dapat diduga sebelumnya (*unforeseeable*) pada saat dilakukannya tindakan medis yang sesuai dengan standar, tetapi mengakibatkan cedera pada pasien, seperti ini tidak termasuk dalam pengertian malpraktik.⁴⁹ Letak perbedaan antara malpraktik di bidang medik dengan malpraktik medik adalah terdapatnya unsur perbuatan yang tidak patut (*misconduct*) pada malpraktik di bidang medik, sedangkan pada malpraktik medik lebih ke arah adanya kegagalan (*failure*) dalam memberikan pelayanan medik terhadap pasien. Dengan demikian, malpraktik di bidang medik lebih luas daripada malpraktik medik.⁵⁰

Menurut teori atau doktrin, tindakan malpraktik medik (khususnya bagi dokter), terdiri dari tiga hal, yaitu Pertama, *intentional professional misconduct*, yaitu dinyatakan bersalah/buruk berpraktik jika dokter dalam berpraktik melakukan pelanggaran terhadap standar dan dilakukan dengan sengaja. Dokter berpraktik dengan tidak mengindahkan standar dalam aturan yang ada dan tidak ada unsur kealpaan atau kelalaian. Kedua, *Negligence* atau kelalaian, yaitu seorang dokter yang karena kelalaiannya (*culpa*) mengakibatkan cacat atau

⁴⁹*An injury occurring in the course of medical treatment which could not been foreseen and was not the result of the lack of skill or knowledge on the party of the treating physician in untoward result, for which the physician should not bear any liability.* Lihat Muhammad Nasser, “Penyelesaian Sengketa Medik Melalui Mediasi”(Makalah disampaikan dalam Seminar Penegakan Hukum Kasus Malpraktik Serta Perlindungan Hukum Bagi Tenaga Kesehatan dan Pasien,” di Univesitas Jenderal Soedirman , Purwokerto, 8 Juli 2009), hal. 6.

⁵⁰Setya Wahyudi, “Tanggung Jawab Rumah Sakit Terhadap Kerugian Akibat Kelalaian Tenaga Kesehatan dan Implikasinya,” Jurnal Dinamika Hukum, Vol. 11 No.3 (September 2011), hal. 509.

meninggalnya pasien. Dalam kaitan ini, contohnya adalah dokter yang lalai melakukan sesuatu yang seharusnya dilakukan sesuai dengan keilmuan kedokteran. Katagori malpraktik ini dapat dituntut atau dihukum jika perbuatannya dapat dibuktikan. Ketiga, *Lack of Skill*, yaitu apabila dokter dalam melakukan tindakan medis tidak didukung dengan kompetensi yang cukup baik atau kurang kompetensinya.⁵¹

Sejauh menyangkut permasalahan siapa yang harus menanggung risiko terkait dengan perjanjian terapeutik, khususnya tindakan operasi, memang tidak ada landasan hukum yang mengaturnya. Selain itu, tidak pula ada pengaturan mengenai keadaan bagaimana risiko yang akan ditanggung oleh pasien atau dokter. Oleh karena itu, risiko dalam operasi mengikuti aturan risiko medis pada umumnya. Menurut pengertian umum, risiko medis dalam perjanjian terapeutik meliputi:

- a. risiko medis dalam operasi yang merupakan konsekuensi logis dan upaya yang dilakukan dokter terhadap pasien;
- b. risiko medis dalam operasi merupakan kerugian yang harus diterima oleh pasien dan dokter;
- c. risiko medis dalam organisasi merupakan risiko langsung yang tidak dapat dicegah dan risiko yang timbul secara potensial.

Sementara itu, risiko yang harus ditanggung oleh pasien meliputi tiga bentuk yang secara garis besar sama, yaitu:

- a. Kecelakaan

⁵¹Daniele Bryden, "Duty of Care and Medical Negligence," Oxford Journals Medicine & Health on behalf of the British Journal of Anaesthesia, Vol. 11 Issue 4, (2011), pp. 124-127.

Pada kasus kecelakaan, pihak yang menanggung risiko adalah pasien, sedangkan dokter pada umumnya tidak dipersalahkan. Hal ini disebabkan dokter telah bekerja dengan penuh ketelitian, kehati-hatian dan sesuai dengan standar profesi medis, tetapi peristiwa itu tetap terjadi.

b. Risiko tindakan medis

Setiap tindakan dokter baik diagnostik maupun terapeutik termasuk di dalamnya adalah tindakan operasi selalu mengandung risiko yang melekat pada tindakan itu sendiri. Jika operasi dilakukan secara hati-hati dan teliti menurut standar profesi medik, dokter tidak dapat dipersalahkan.

c. Kesalahan penilaian

Dokter sebagai manusia biasa yang tidak luput dari kesalahan, tetap dianggap bertanggung jawab bila terjadi sesuatu akibat kelalaiannya. Akan tetapi, apabila sudah melaksanakan tugasnya sesuai dengan standar yang ada dan tidak berhasil menyembuhkan, akan sangat merugikan masyarakat dan profesi kedokteran, jika dokter dipersalahkan.⁵²

Pada dasarnya penyusunan berbagai peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan, seperti UU Nomor 36 Tahun 2009 bertujuan untuk memberikan perlindungan kepada pasien. Demikian pula Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran yang bertujuan untuk:

- 1) memberikan perlindungan kepada pasien;
- 2) mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan medis yang diberikan oleh dokter dan dokter gigi; dan
- 3) memberikan kepastian hukum kepada masyarakat, dokter, dan dokter gigi.

⁵²Sutarno, *Hukum Kesehatan, Eutanasia, Keadilan dan Hukum Positif di Indonesia* (Malang: Setara Press, 2014), hal. 61.

Salah satu esensi perlindungan itu adalah pengaturan mengenai pengaduan berikut alasan yang mendasarinya.

Undang-Undang Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran menegaskan dalam Pasal 66 ayat (1) bahwa, “Setiap orang yang mengetahui atau kepentingannya dirugikan atas tindakan dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran dapat mengadukan secara tertulis kepada Ketua Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia.”

Sementara itu, dalam Pasal 66 ayat (1) UU Nomor 29 Tahun 2004 secara implisit diatur mengenai sengketa medik, yaitu sengketa yang terjadi karena kepentingan pasien dirugikan oleh tindakan dokter atau dokter gigi yang menjalankan praktik kedokteran. Selanjutnya, sengketa medik yang terjadi antara pengguna pelayanan medik dan pelaku pelayanan medik, dalam hal ini antara pasien dan dokter berikut sarana kesehatan diatur oleh Undang- Undang sebagai alasan untuk dapat diadukan ke Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI). Namun Pasal 66 Ayat (3) UU Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran mengatur ketentuan bahwa: “Pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) tidak menghilangkan hak setiap orang untuk melaporkan adanya dugaan tindak pidana kepada pihak yang berwenangan/ atau menggugat kerugian perdata ke pengadilan.”

Jika dibandingkan dengan ketentuan Undang-Undang Kesehatan terdapat ketidakjelasan yang cukup mengganggu. Hal itu tercermin dalam Pasal 58 UU Nomor 36 Tahun 2009 yang mengatur hal- hal sebagai berikut:

- (1) Setiap orang berhak menuntut ganti rugi terhadap seseorang, tenaga kesehatan, dan/ atau penyelenggara kesehatan yang menimbulkan kerugian

akibat kesalahan atau kelalaian dalam pelayanan kesehatan yang diterimanya;

- (2) Ketentuan tentang tata cara pengajuan tuntutan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Secara normatif, UU Kesehatan memang tidak mengatur dengan tegas tata cara pengajuan tuntutan. Dengan demikian terdapat disharmoni materi muatan Pasal 66 ayat (1) UU Nomor 29 Tahun 2004 dan Pasal 58 ayat (3) UU Nomor 36 Tahun 2009, khususnya yang terkait dengan tata cara pengajuan tuntutan. Berdasarkan data kasus-kasus yang sudah disidangkan di pengadilan, tercatat cukup banyak kasus yang ternyata belum pernah dibahas sama sekali di MKDKI. Ini berarti kasus-kasus tersebut langsung diproses ke pengadilan. Diantaranya adalah Kasus Dokter Ayu.

Kalangan profesi kesehatan harus menyadari bahwa dalam menjalankan profesi kesehatan mereka tidak hanya menanggung beban pertanggungjawaban profesi (*professional responsibility*), tetapi juga pertanggungjawaban hukum (*legal responsibility*) atas pelayanan yang diberikan. Dengan demikian, tenaga kesehatan dituntut tidak saja menambah, mengasah, dan memperdalam pengetahuan serta keterampilan di bidang kesehatan, tetapi juga harus selalu memperdalam dan mengikuti perkembangan hukum dan aspek medikolegal dari pelayanan kesehatan.⁵³

Perlu ditegaskan bahwa UU Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran mempunyai tujuan untuk memberikan perlindungan kepada pasien,

⁵³Jusuf Hanafiah dan Amri Amir, *Etika Kedokteran & Hukum Kesehatan* (Jakarta: EGC, 2008), hal. 28.

mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan serta memberikan kepastian hukum kepada masyarakat, dokter dan dokter gigi. Namun ketentuan Pasal 66 ayat (3) Undang-undang tersebut menimbulkan perasaan tidak aman dan rasa takut bagi kalangan para dokter, khususnya terkait dengan ketentuan pidana dan tidak mengikatnya hasil keputusan Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI) dalam melakukan penyidikan kepada para dokter dan dokter gigi yang diduga melakukan pelanggaran disiplin profesi.⁵⁴

Dalam hal ini, terbukanya penafsiran secara luas pasca keputusan MK No. 14/ PUU/ XII/ 2014 telah membuat pelanggaran kedisiplinan seorang dokter berpotensi menjadi kasus pidana. Hal itu akan menimbulkan ketakutan di kalangan dokter untuk mengambil tindakan kepada pasien yang berisiko tinggi ataupun dalam kondisi darurat karena dokter dapat dipersalahkan akibat kelalaian yang menyebabkan pasien meninggal. Di samping itu, putusan dari MKDKI seakan menjadi tidak berguna ketika dinyatakan tidak ada pelanggaran profesi, tetapi secara hukum tetap dikenai pasal KUHP.⁵⁵

Harus diakui, norma peraturan perundang-undangan tersebut memang dibutuhkan, akan tetapi tidak seharusnya menutup mata terhadap kondisi disharmoni atau multi tafsir pada sistem hukum di bidang pelayanan kesehatan ini. Dengan demikian yang sesungguhnya diperlukan adalah keberadaan norma

⁵⁴ Sebagaimana disinggung sebelumnya, sejumlah dokter muda yang tergabung dalam Dokter Indonesia Bersatu (DIB) telah mengajukan uji materi ke Mahkamah Konstitusi pada tanggal 29 Januari 2014 dan telah mendapatkan Putusan Nomor 14/ PUU-XII/ 2014 pada tanggal 23 Oktober 2014 serta diucapkan dalam Sidang Pleno Mahkamah Konstitusi terbuka untuk umum pada tanggal 20 April 2015 dengan hasil: Menolak permohonan dari para pemohon. Dengan demikian, ketentuan Pasal 66 ayat (3) UU No. 29 Tahun 2004 yang berbunyi :” Pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (2) tidak menghilangkan hak tiap orang melaporkan dugaan tindak pidana pada pihak berwenang”, tetap akan membuka ruang interpretasi sangat luas terhadap tindakan kedokteran.

⁵⁵Kompas, MK: *Dokter Tetap Dapat Dipidanakan*, Selasa, 21 April 2015, hal.14

hukum dan perangkat hukum kesehatan ⁵⁶dan hukum rumah sakit ⁵⁷yang memadai untuk dapat memberikan kepastian hukum dan perlindungan yang menyeluruh, baik bagi penyelenggara pelayanan kesehatan maupun masyarakat penerima pelayanan kesehatan.⁵⁸

Secara normatif, setiap pelanggaran, baik merupakan pelanggaran etika profesi atau disiplin profesi maupun pelanggaran hukum, dapat dilakukan penegakan hukum (*law enforcement*). Pada praktiknya lembaga yang berwenang untuk melakukan penegakan hukum di bidang hukum kedokteran tidak berada di dalam satu lembaga, melainkan ada beberapa lembaga yang berbeda, yaitu lembaga profesi dan non-profesi. Mengingat kasus hukum dalam pelayanan kesehatan sering terjadi, maka perlu diatur dan dijabarkan cara menangani kasus dalam pelayanan kesehatan, berikut lembaga yang melaksanakannya. Dalam kaitan ini terdapat beberapa lembaga profesi, antara lain, Majelis Kehormatan Etika Kedokteran (MKEK), Majelis Disiplin Tenaga Kesehatan (MDTK), Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia (MTKI) dan Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI). Sementara itu, lembaga non-profesi dapat

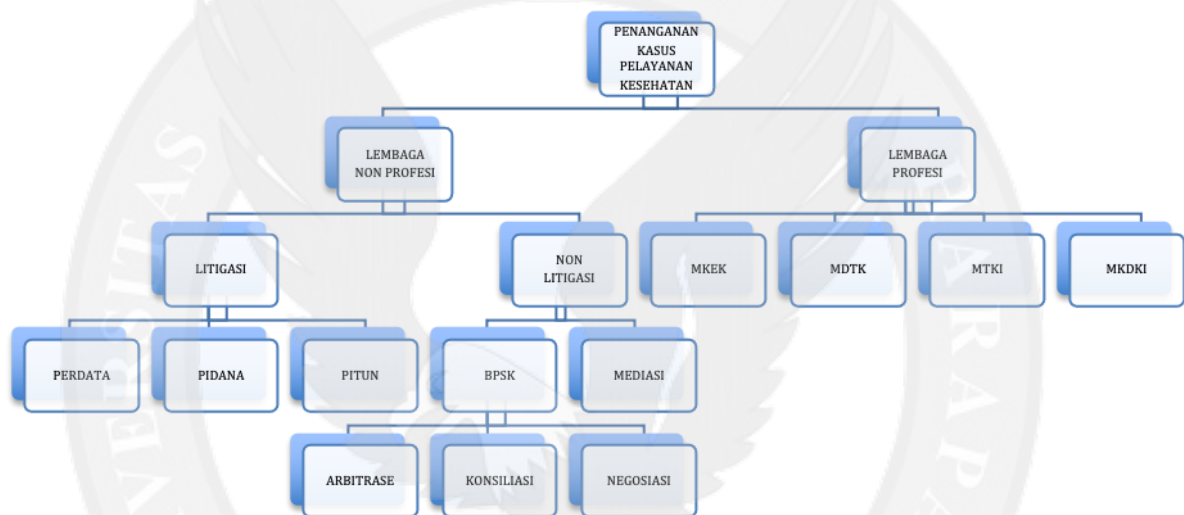
⁵⁶ Hermien Hadiati Koeswadji menyatakan bahwa pada dasarnya hukum kesehatan bertumpu pada hak atas pemeliharaan kesehatan sebagai hak dasar sosial (*the right to healthcare*) yang ditopang oleh 2 (dua) hak dasar individual yang terdiri dari hak atas informasi (*the right to information*) dan hak untuk menentukan nasib sendiri (*the right of self determination*). Sejalan dengan hal tersebut Roscam Abing mentautkan hukum kesehatan dengan hak untuk sehat dengan menyatakan hak atas pemeliharaan kesehatan yang mencakup berbagai aspek yang merefleksikan pemberian perlindungan dan pemberian fasilitas dalam pelaksanaannya.

⁵⁷ UU Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit mengatur rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Namun, norma tersebut telah dilakukan uji materi pada Pasal 7 ayat (4) UU Nomor 44 Tahun 2009, di mana Mahkamah Konstitusi memutuskan rumah sakit swasta yang didirikan oleh perkumpulan atau yayasan tetap sah dan dapat diperpanjang izinnya.

⁵⁸Ibid, hal. 42.

memproses perkara medik melalui non-litigasi, seperti Badan Penyelesaian Sengketa Konsumen (BPSK), Forum Mediasi Pengaduan dan Penyelesaian Masalah Pelayanan Kesehatan. Lembaga non profesi tersebut dapat pula menempuh jalur litigasi, melalui peradilan umum baik dengan gugatan perdata atau aduan pidana, dan gugatan ke peradilan tata usaha negara.

Secara menyeluruh jalur dan kelembagaan penanganan kasus medik tersebut dapat digambarkan pada skema di bawah ini:



Gambar 1

Jalur Penanganan Kasus Medik⁵⁹

Pada praktiknya lembaga yang berwenang untuk melakukan penegakan hukum di bidang hukum kedokteran tidak berada dalam satu lembaga, tetapi ada beberapa lembaga yang berbeda. Sebagaimana diulas di atas, secara garis besar dapat dibagi menjadi Lembaga Profesi dan Lembaga Non Profesi. Lembaga Non Profesi dapat menempuh jalur litigasi dan non-litigasi, seperti Badan

⁵⁹Siswati, Op.cit., hal.139.

Penyelesaian Sengketa Konsumen (BPSK) dan Forum Mediasi Pengaduan dan Penyelesaian Masalah Pelayanan Kesehatan.

Lembaga- lembaga profesi tersebut diantaranya adalah :

1) Majelis Kehormatan Etika Kedokteran (MKEK)

Majelis Kehormatan Etika Kedokteran (MKEK) adalah majelis khusus yang berlaku bagi kalangan kedokteran. MKEK dibentuk berdasarkan Pasal 16 ayat (1) Anggaran Rumah Tangga Ikatan Dokter Indonesia (IDI). MKEK merupakan badan otonom dalam organisasi IDI yang terdiri dari MKEK Pusat, MKEK wilayah (pada tingkat provinsi) dan MKEK cabang (pada tingkat kabupaten/ kotamadya). Susunan anggota MKEK terdiri dari ketua, wakil ketua, sekretaris, anggota tetap sebanyak 7 orang dan anggota tidak tetap. MKEK berfungsi untuk melakukan pembinaan, pengawasan dan penilaian pelaksanaan etika kedokteran oleh dokter. Tugas khusus MKEK adalah melakukan penanganan pelanggaran (pengaduan) etika kedokteran.⁶⁰

Setelah menerima pengaduan tertulis, MKEK akan memanggil dokter yang diadukan dan diminta untuk mempelajari surat pengaduan, pedoman pelaksanaan Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) 1993, menyerahkan rekam medik serta membuat kronologis mengenai kasus tersebut sebagai pembelaan. Untuk kasus yang melibatkan lembaga di luar

⁶⁰ Tahapan proses penanganan pengaduan oleh MKEK diawali dengan penerimaan surat aduan yang berasal dari: pengadu langsung ke MKEK wilayah, pelimpahan dari MKEK pusat atau PB IDI, pengurus IDI wilayah, atau Kementerian Kesehatan. Pengaduan harus disampaikan secara tertulis dengan mencantumkan nama jelas, tanda tangan, alamat pengadu jelas, dan nama dan alamat jelas dari dokter yang diadukan.

IDI akan dibuat sidang bertahap untuk mendengarkan keterangan dari semua pihak yang terlibat.

Proses oleh MKEK selanjutnya adalah mempelajari akibat tindakan terhadap kehormatan profesi, akibat bagi kebaikan pasien, akibat bagi kepentingan umum, faktor yang mendorong terjadinya pelanggaran serta tujuan yang ingin dicapai oleh pelaku. Pelanggaran akan digolongkan dalam pelanggaran ringan, sedang, atau berat. Keputusan MKEK bersifat final dan mengikat.

Sidang MKEK tahap akhir akan membuat keputusan tentang: ada atau tidaknya pelanggaran etik, identifikasi pasal KODEKI yang dilanggar, perumusan kualitas pelanggaran (ringan, sedang atau berat). Berdasarkan jenis pelanggarannya, MKEK akan membuat saran tertulis kepada Pejabat Pemerintah yang berwenang untuk mencabut izin praktik selama 3 bulan (pelanggaran ringan), 6 bulan (pelanggaran sedang), atau 12 bulan (pelanggaran berat).

2) Majelis Disiplin Tenaga Kesehatan (MDTK)

MDTK merupakan lembaga yang bersifat otonom dan mandiri yang dibentuk berdasarkan Keputusan Presiden Nomor 56 Tahun 1995. Secara organisatoris, terdiri dari MDTK tingkat Pusat dan Provinsi. MDTK dalam menjalankan tugasnya bertanggung jawab kepada gubernur melalui Kepala Dinas Kesehatan. Anggota MDTK terdiri dari ahli hukum, ahli kesehatan yang mewakili organisasi profesi di bidang kesehatan dan asosiasi sarana kesehatan, seperti IDI, Persatuan Dokter

Gigi Indonesia (PDGI), Ikatan Apoteker Indonesia (IAI), Persatuan Perawat Indonesia (PPNI), Ikatan Bidan Indonesia (IBI), juga terdiri dari ahli agama, ahli psikologi, dan ahli sosiologi. Anggota MDTK Tingkat Provinsi sebanyak- banyaknya terdiri dari 15 orang dengan ketua yang dijabat oleh ahli hukum yang mempunyai pengetahuan di bidang hukum kesehatan.

3) Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia (MTKI)

MTKI dibentuk berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1796 Tahun 2011 Tentang Registrasi Tenaga Kesehatan, yang menjamin Tenaga Kesehatan mempunyai Surat Tanda Registrasi (STR). MTKI juga memiliki Komite Disiplin Tenaga Kesehatan, yang memiliki tugas antara lain meneliti dan menentukan ada atau tidak adanya kesalahan atau kelalaian dalam menerapkan standar profesi yang dilakukan oleh tenaga kesehatan. Dalam menjalankan tugasnya, MTKI bertanggung jawab kepada Menteri Kesehatan.

4) Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI)

MKDKI dibentuk berdasarkan amanat Pasal 55 ayat (1) UU Nomor 29 Tahun 2004 yang mengatur, "Untuk menegakkan disiplin dokter dan dokter gigi dalam penyelenggaraan praktik kedokteran, dibentuk Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia." Untuk pelaksanaannya, dikeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 150 Tahun 2011 tentang Keanggotaan Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia.

MKDKI merupakan lembaga otonom yang berwenang untuk menentukan ada atau tidaknya kesalahan dokter dan dokter gigi dalam menerapkan disiplin ilmu kedokteran dan kedokteran gigi, serta menetapkan sanksi disiplin. MKDKI bertanggung jawab kepada Konsil Kedokteran Indonesia (KKI). Keanggotaan MKDKI terdiri dari tiga orang dokter, tiga orang dokter gigi, dari organisasi profesi masing-masing, seorang dokter dan dokter gigi mewakili asosiasi rumah sakit, dan tiga orang sarjana hukum.

Prosedur penanganan pengaduannya diatur dalam Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia tentang Tata Cara Penanganan Kasus Pelanggaran Disiplin Dokter dan Dokter Gigi oleh Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI).

Adapun tata cara pengaduannya antara lain harus diajukan secara tertulis oleh setiap orang yang merasa kepentingannya dirugikan atas tindakan dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran.⁶¹

MKDKI hanya memeriksa dokter atau dokter gigi yang diadukan, dan tidak melakukan mediasi, rekonsiliasi dan negosiasi antara dokter dan pasien atau kuasanya. Sidang Majelis Pemeriksa dilakukan secara tertutup. Hasil keputusan sidang dapat berupa tidak bersalah, atau bebas dari pelanggaran disiplin kedokteran; bersalah dan pemberian sanksi disiplin; atau ditemukan pelanggaran etika. Sanksi disiplin dapat berupa: pemberian peringatan tertulis, rekomendasi pencabutan Surat Tanda Registrasi (STR) atau Surat Izin

⁶¹ Pengaduan hanya dapat diajukan dalam tenggang waktu paling lama tiga tahun terhitung sejak tindakan dokter atau dokter gigi tersebut diadukan. Selambat-lambatnya dalam waktu 14 hari setelah pengaduan diterima, MKDKI atau MKDKP segera membentuk Majelis Pemeriksa. Majelis Pemeriksa berjumlah tiga orang atau sebanyak-banyaknya lima orang yang terdiri dari dokter, dokter gigi dan sarjana hukum non-medis.

Praktik (SIP), dan/ atau kewajiban mengikuti pendidikan atau pelatihan di institusi pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi. Keputusan MKDKI bersifat final dan mengikat.⁶²

Adapun lembaga non profesi dapat menangani penyelesaian kasus di bidang kesehatan dengan menempuh jalur :

1) Non Litigasi

a). Badan Perlindungan Sengketa Konsumen (BPSK)

BPSK dibentuk berdasarkan Pasal 31 Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen. Secara normatif, badan ini berlaku juga bagi pasien yang merupakan konsumen di bidang kesehatan. Hak konsumen kesehatan berdasarkan UU Nomor 8 Tahun 1999 adalah kenyamanan, keamanan, keselamatan; memperoleh informasi yang benar, jelas dan jujur; didengar pendapat dan keluhannya; mendapatkan advokasi, pendidikan dan perlindungan konsumen; dilayani secara benar, jujur, tidak diskriminatif; juga hak untuk mendapatkan kompensasi, ganti rugi dan/atau penggantian. Tugas pokok dari BPSK adalah menangani dan menyelesaikan sengketa antara pelaku usaha dan konsumen. BPSK wajib mengeluarkan putusan paling lambat 21(dua puluh satu) hari kerja setelah gugatan diterima.

⁶² Dalam pelaksanaannya, sejak diundangkannya Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 dan dibentuknya Konsil Kedokteran Indonesia serta MKDKI, hanya beberapa kasus yang ditangani atau dilaporkan oleh masyarakat ke MKDKI. Hal ini kemungkinan disebabkan sosialisasi keberadaan organisasi ini belum maksimal dan masyarakat tidak begitu mengenal lembaga ini.

b). Mediasi

Berdasarkan Pasal 29 Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009, penyelesaian kasus dalam pelayanan kesehatan diwajibkan melalui mediasi. Mediasi merupakan upaya penyelesaian sengketa para pihak dengan kesepakatan bersama melalui mediator yang bersikap netral dan tidak membuat keputusan atau kesimpulan bagi para pihak tetapi memfasilitasi terlaksananya dialog antar pihak dengan suasana keterbukaan dengan tujuan untuk mencapai mufakat.

Sejauh ini, mediasi terbukti lebih efektif dalam menyelesaikan perselisihan. Dalam asas hukum selalu ada “praduga tidak bersalah” sampai yang bersangkutan terbukti bersalah dan keputusan bersifat tetap (*inkracht*). Penyelesaian kasus pelayanan kesehatan secara hukum (litigasi) seringkali berdampak kurang baik terhadap tenaga kesehatan, karena nama baik seringkali sudah dirugikan dengan pemberitaan di media massa dan beban moral yang berkepanjangan sebelum diputuskannya suatu perkara. Oleh karena itu, forum mediasi menjadi alternatif yang baik untuk penyelesaian perselisihan terkait perkara medik.

2) Litigasi

a). Gugatan Perdata melalui Peradilan Umum

Dasar hukum gugatan perdata melalui jalur peradilan dapat diuraikan sebagai berikut.

- a. Pasal 32 huruf q Undang- Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit menyatakan setiap pasien mempunyai

hak menggugat dan/ atau menuntut rumah sakit apabila rumah sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata maupun pidana.

- b. Pasal 66 Undang- Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.
- c. Kitab Undang- Undang Hukum Perdata

Sengketa perdata dimulai dengan pembuatan surat gugatan yang diajukan atau didaftarkan kepada Pengadilan Negeri di daerah yurisdiksi yang berwenang.

- b) Pengaduan Pidana melalui Peradilan Umum

Landasan hukum bagi pengajuan secara pidana terdapat dalam berbagai peraturan perundang- undangan, baik Kitab Undang- Undang Hukum Pidana, maupun pada undang- undang khusus bidang kesehatan seperti Undang- Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit dan beberapa undang-undang yang memiliki substansi bidang kesehatan yang berlaku khusus.

- c) Pengadilan Tata Usaha Negara

Pengajuan gugatan melalui jalur Pengadilan Tata Usaha Negara pada prinsipnya mirip dengan jalur pengadilan perdata, tetapi ada tambahan proses yang dikenal dengan Proses Dismissal. Sengketa kedua belah

pihak akan dinilai oleh hakim pada proses ini apakah sengketa ini layak diteruskan ke Pengadilan Tata Usaha Negara atau tidak.

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 51 Tahun 2009 tentang Perubahan Kedua Undang-Undang Nomor 5 Tahun 1986 tentang Peradilan Tata Usaha Negara, sengketa Tata Usaha Negara adalah sengketa yang timbul dalam bidang tata usaha negara, antara orang atau badan hukum perdata dengan badan atau pejabat tata usaha negara, baik di pusat maupun di daerah sebagai akibat dikeluarkannya keputusan tata usaha negara. Berdasarkan hasil penyelesaian proses sengketa tata usaha negara maka dikeluarkan Keputusan Tata Usaha Negara, yaitu suatu penetapan tertulis yang dikeluarkan oleh badan atau pejabat tata usaha negara yang berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku, bersifat konkret, individual, dan final, yang menimbulkan akibat hukum bagi seseorang atau badan hukum perdata.⁶³

Secara garis besar terdapat perbedaan mendasar antara proses penanganan sengketa medik melalui Lembaga Profesi seperti MKEK dan MKDKI dengan melalui jalur hukum. Perbedaan tersebut dapat digambarkan sebagai berikut.

No	ETIK	DISIPLIN	HUKUM
1	Dibuat dan disepakati oleh organisasi profesi (IDI)	Organisasi profesi	Dibuat oleh Pemerintah dan Dewan Perwakilan Rakyat
2	Kode etik diatur, norma perilaku pelaksanaan profesi	Standar profesi diatur, norma perilaku pelaksanaan	UU, PP, Keppres, dsb mengatur norma perilaku manusia

⁶³Siswati, Op.cit., hal. 143.

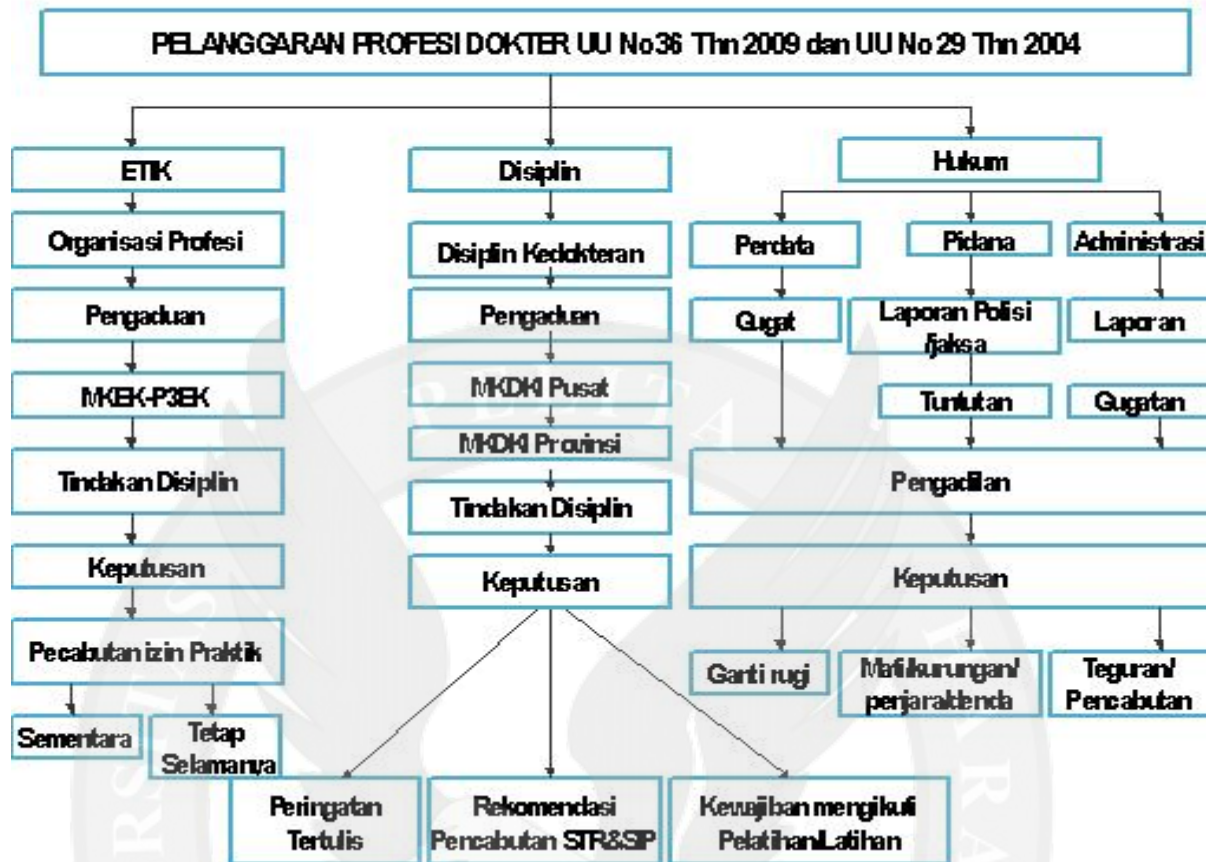
		profesi	pada umumnya
3	Sanksi moral psikologis	Sanksi moral psikologis dan teguran / pencabutan	Untuk pidana : mati, penjara dan denda Untuk perdata : ganti rugi Administrasi : teguran / pencabutan
4	Yang mengadili : Ikatan / Organisasi profesi terkait ; Majelis Kehormatan Etik Kedokteran (MKEK), Panitia Pertimbangan dan Pembinaan Etik Kedokteran (P3EK)	Yang mengadili : Badan yang dibentuk : Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia dan Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia Tingkat Provinsi	Pengadilan Perdata : gugatan ke pengadilan Pidana : laporan / tuntutan Administrasi : gugatan ke pengadilan

Tabel 1

Perbedaan Proses Penanganan Kasus – Kasus Medik⁶⁴

Selanjutnya, perlu ditampilkan gambaran skematik mengenai penanganan masalah pelanggaran profesi dokter berdasarkan UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan UU No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran sebagai berikut:

⁶⁴ Sabir Alwi, Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia, Jakarta, 2015

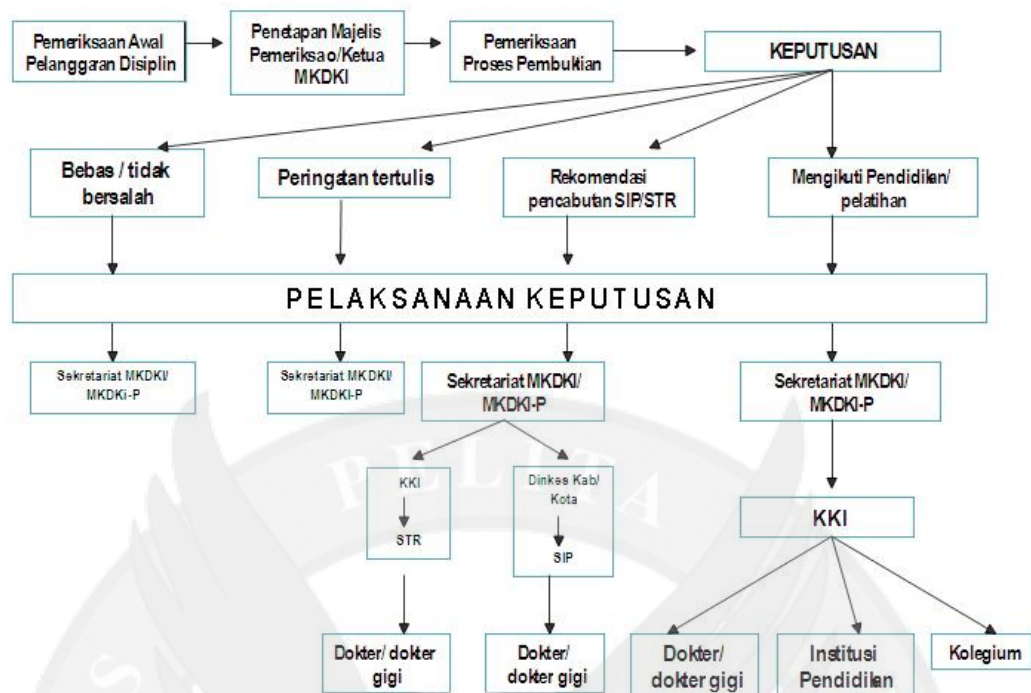


Gambar 2

Pelanggaran Dalam Bidang Kesehatan Profesi Kedokteran⁶⁵

Sementara itu, diluar prosedur yang telah dijelaskan di atas terdapat pengaturan secara khusus mengenai alur tata cara penanganan pelanggaran disiplin kedokteran oleh Majelis Pemeriksa Disiplin sebagai berikut:

⁶⁵ Sabir Alwi, Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia, Jakarta, 2015



Gambar 3

Alur Tatacara Penanganan Pelanggaran Disiplin Kedokteran Oleh Majelis

Pemeriksa Disiplin⁶⁶

⁶⁶ Sabir Alwi, Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia, Jakarta, 2015

Untuk melengkapi uraian di atas, berikut ini adalah beberapa bentuk pelanggaran disiplin kedokteran berdasarkan data dari MKDKI secara keseluruhan meliputi 28 bentuk pelanggaran oleh dokter sebagai berikut.

- 1) Tidak kompeten atau cakap.
- 2) Tidak merujuk.
- 3) Pendelegasian kepada tenaga kesehatan yang tidak kompeten.
- 4) Dokter atau Dokter Gigi pengganti tidak memberitahu ke pasien, tidak punya SIP (Surat Ijin Praktik).
- 5) Tidak laik praktik (kesehatan fisik dan mental).
- 6) Kelalaian dalam penatalaksanaan pasien.
- 7) Pemeriksaan dan pengobatan berlebihan.
- 8) Tidak berikan informasi yang jujur.
- 9) Tidak ada *Informed Consent*.
- 10) Tidak membuat atau menyimpan rekam medik.
- 11) Penghentian kehamilan tanpa indikasi medis.
- 12) *Euthanasia*.
- 13) Penerapan pelayanan yang belum dapat diterima oleh standard profesi kedokteran.
- 14) Penelitian klinis tanpa persetujuan etis.
- 15) Tidak memberikan pertolongan darurat.
- 16) Menolak atau menghentikan pengobatan tanpa alasan yang sah.
- 17) Membuka rahasia medis tanpa izin.
- 18) Membuat keterangan medis yang tidak benar.
- 19) Ikut serta dalam tindakan penyiksaan.

- 20) Peresepan obat psikotropika atau narkotik tanpa indikasi.
- 21) Pelecehan seksual, intimidasi dan kekerasan.
- 22) Menggunakan gelar akademik yang bukan haknya
- 23) Menerima komisi terhadap rujukan atau peresepan.
- 24) Pengiklanan diri yang menyesatkan.
- 25) Ketergantungan NAPZA.
- 26) STR, SIP dan sertifikat kompetensi tidak sah.
- 27) Imbal jasa tidak sesuai tindakan.
- 28) Tidak memberikan data atau informasi atas permintaan MKDKI.

Selanjutnya, perlu dijelaskan data penanganan pengaduan yang telah dilakukan MKDKI periode 2006– Awal September 2013 yang meliputi 223 pengaduan dengan perincian sebagai berikut:

- 1) 33 pengaduan dihentikan karena dicabut oleh pengadu dan 1 teradu meninggal, 1 tidak kooperatif;
- 2) 32 pengaduan ditolak/dilimpahkan ke Organisasi Profesi setelah tahap pemeriksaan awal dengan alasan antara lain:
 - a) pengaduan tidak memenuhi persyaratan misalnya pengadu dan/atau teradu tidak dapat diketahui keberadaannya;
 - b) keterangan/informasi dalam pengaduan tidak lengkap;
 - c) tindakan medis terjadi sebelum Undang- Undang Praktik Kedokteran ditetapkan pada tanggal 6 Oktober 2004;
 - d) tidak terdapat dugaan pelanggaran disiplin profesi;
 - e) Adanya dugaan pelanggaran etika profesi kedokteran;
 - f) dokter/dokter gigi yang diadukan tidak teregistrasi di KKI;

- g) Ganti kerugian;
- 3) 110 pengaduan yang melibatkan 172 dokter/dokter gigi yang telah mendapatkan Keputusan MKDKI:
 - a) sebanyak 96 teradu terbukti tidak melakukan pelanggaran disiplin profesi kedokteran;
 - b) sebanyak 76 teradu ditemukan pelanggaran disiplin profesi kedokteran dengan sanksi disiplin sebagai berikut:
 - 1) 40 teradu diberi peringatan tertulis;
 - 2) 38 teradu direkomendasikan untuk dicabut sementara STR/SIP nya;
 - 3) 6 teradu diwajibkan mengikuti program reedukasi.
- 4) Empat puluh delapan pengaduan masih dalam penanganan sampai dengan Awal September 2013 (2 pengaduan MKDKI-P Jateng);
- 5) Dua orang Teradu (1 dokter dan 1 dokter gigi) mengajukan gugatan ke PTUN.⁶⁷

Data diatas menggambarkan fakta bahwa begitu banyak kasus gugatan pasien terhadap dokter dan rumah sakit, tetapi hanya sedikit yang diajukan ke MKDKI.⁶⁸ Hal ini menunjukkan kemungkinan bahwa masyarakat belum mengenal dengan baik prosedur pengaduan kepada MKDKI. Permasalahan

⁶⁷Sabir Alwy, “*Tanggung Jawab Hukum Dalam Pengelolaan Rumah Sakit,*” (Makalah disampaikan dalam Seminar MKDKI berjudul Aspek Hukum dalam Pengelolaan Rumah Sakit, di Central Hotel, Jakarta, 12 November 2014), hal. 2.

⁶⁸Ketua MKDKI, Ali Baziad mengeluhkan masih minimnya pengetahuan masyarakat tentang prosedur mengadukan kasus dugaan malpraktik ke MKDKI. Sepanjang 2013, tercatat ada 40 kasus yang ditangani MKDKI. Sebelumnya tiap tahun hanya 27- 30 pengaduan. Data dari MKDKI tahun 2006 sampai dengan 2013: menerima 223 pengaduan dugaan malpraktik. Dari jumlah itu, 34 dokter diberikan sanksi tertulis, 6 dokter diwajibkan ikut program pendidikan kembali, dan yang terberat, 27 dokter dicabut surat tanda registrasinya yang otomatis membuat surat izin praktiknya tidak berlaku, dan sisanya dinyatakan tidak bersalah atau bebas dari pelanggaran disiplin kedokteran.

seputar prosedur dan kewenangan MKDKI tersebut tercermin dalam kutipan putusan MK sebagai berikut:

“Pendaftaran permohonan bernomor 1132/ PAN.MK/1/2014 ini menitikberatkan pada frasa ‘tindak pidana’ dalam Pasal 66 ayat (3) UU Praktik Kedokteran karena masih menimbulkan tafsir yang luas terhadap tindakan dokter yang dapat dibawa ke ranah hukum,” kata juru bicara DIB, dr. Agung Sapta Adi di gedung Mahkamah Konstitusi, Rabu, 29 Januari 2014. Agung menegaskan luasnya objek tindak pidana dalam pasal tersebut, secara tidak langsung memberikan ancaman ketakutan terhadap dokter saat memberikan pelayanan kesehatan. Seperti yang dialami dr. DAS dr. HS, dan dr. HES yang dijatuhi pidana selama 10 bulan melalui Putusan MA No. 90/ PID.B/2011/PN MDO. Para pemohon mengajukan agar tindakan kedokteran yang dapat dibawa ke ranah hukum pidana dibatasi dalam dua kondisi saja yaitu tindakan kedokteran yang mengandung kesengajaan (*dolus/ opzet*) atau tindakan kedokteran yang mengandung kelalaian nyata/ berat (*culpa lata*) dan telah dinyatakan terbukti demikian terlebih dahulu dalam persidangan MKDKI, seperti yang sudah diatur dalam Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 4 Tahun 2011 tentang Disiplin Profesional Dokter dan Dokter Gigi. Contoh: dengan sengaja menghentikan kehamilan seseorang yang tidak sesuai dengan prosedur peraturan perundang- undangan atau kelalaian dokter seperti tertinggalnya peralatan medis dalam tubuh pasien, dan kesalahan lokasi operasi. Selengkapnya Pasal 66 ayat (3) menyebutkan: “Pengaduan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dan ayat (2) tidak menghilangkan hak setiap orang untuk melaporkan adanya dugaan tindak pidana kepada pihak yang berwenang dan/ atau menggugat kerugian perdata ke pengadilan.”

Berdasarkan ringkasan permohonan yang disampaikan kepada Mahkamah Konstitusi, para pemohon menyatakan pemohon akan kehilangan reputasinya bahkan kehilangan pekerjaan atau profesinya hingga menimbulkan kerugian materiil. Hal tersebut didasarkan pada ketentuan bahwa para pemohon tetap dapat dipidanakan atas tindakan medis yang dilakukannya walaupun tindakan tersebut sudah memenuhi standar profesi dan standar prosedur operasional sesuai kebutuhan medis pasien. Sesuai dengan Undang-Undang tentang Praktik Kedokteran, seorang dokter dapat diadukan, diadili dan diputus bersalah oleh MKDKI dengan sanksi yang tidak ringan. Misalnya, pencabutan surat izin praktik

atau surat tanda registrasi baik untuk sementara atau selamanya. Agar tidak terjadi duplikasi persidangan, para pemohon menyampaikan bahwa akan lebih baik apabila seorang dokter yang diduga melakukan tindak pidana terlebih dulu diperiksa MKDKI. Hal ini dimaksudkan agar dokter yang tidak dinyatakan bersalah dalam persidangan MKDKI, tidak dinyatakan bersalah oleh pengadilan. Masalahnya semua tindak pidana pasti memiliki aspek pelanggaran disiplin yang telah diperiksa dan dibuktikan di MKDKI.

Adapun norma-norma yang diajukan untuk diuji pada Mahkamah Konstitusi adalah:

1) Norma Materiil

Norma yang diujikan, yaitu Pasal 66 ayat (3) Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 yang berbunyi, *“Pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) tidak menghilangkan hak setiap orang untuk melaporkan adanya dugaan tindak pidana kepada pihak yang berwenang.”*

2) Norma Undang- Undang Dasar 1945

Norma yang dijadikan sebagai dasar pengujian, yaitu Pasal 22 ayat (1) UUD 1945 yang berbunyi, *“Setiap orang berhak atas perlindungan diri pribadi, keluarga, kehormatan, martabat, dan harta benda yang di bawah kekuasaannya serta berhak atas rasa aman dan perlindungan dari ancaman ketakutan untuk berbuat atau tidak berbuat sesuatu yang merupakan hak asasi.”* Selain itu, ketentuan Pasal 28D ayat (1) UUD 1945 berbunyi, *“Setiap orang berhak atas pengakuan, jaminan, perlindungan dan kepastian hukum yang adil serta perlakuan yang sama dihadapan hukum.”*

Ketentuan dalam Pasal 66 ayat (3) Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 dianggap bertentangan dengan UUD 1945 dan tidak memiliki kekuatan hukum mengikat sepanjang tidak dipenuhi syarat laporan dugaan tindak pidana dan/ atau gugatan kerugian perdata ke pengadilan itu harus terlebih dahulu diadukan, diperiksa, dan diputus MKDKI dengan putusan menyatakan teradu telah bersalah melakukan pelanggaran disiplin profesional dokter atau dokter gigi yang mengandung kesengajaan (*dolus/ opzet*) atau kelalaian nyata / berat (*culpa lata*) dan/ atau menimbulkan kerugian perdata.

Pasal 66 ayat (3) Undang- Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran *a quo* yang diusulkan adalah :

“ Pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (2) tidak menghilangkan hak setiap orang untuk melaporkan adanya dugaan tindak pidana kepada pihak yang berwenang dan/ atau menggugat kerugian perdata ke pengadilan, dengan ketentuan dugaan tindak pidana dan/ atau kerugian perdata itu harus terlebih dahulu diadukan, diperiksa dan diputus MKDKI dengan putusan menyatakan teradu telah bersalah melakukan pelanggaran disiplin profesional dokter atau dokter gigi yang mengandung kesengajaan (*dolus/ opzet*) atau kelalaian nyata/ berat (*culpa lata*) dan/ atau menimbulkan kerugian perdata”

Hubungan hukum selanjutnya adalah hubungan hukum antara rumah sakit dengan pasien. Kegiatan yang berlangsung di dalam rumah sakit tidak sederhana. Tidak mudah untuk menentukan kegiatan mana yang termasuk kegiatan medis dan mana yang termasuk kegiatan non medis. Berdasarkan hubungan hukum yang timbul antara rumah sakit dengan pasien, terdapat 2 (dua) macam perjanjian yaitu: Perjanjian perawatan, ketika rumah sakit dan pasien sepakat bahwa rumah sakit

akan menyediakan kamar perawatan dan segala fasilitas pendukungnya dan Perjanjian pelayanan medis, apabila terdapat kesepakatan antara rumah sakit dan pasien bahwa tenaga medis rumah sakit akan berupaya maksimal untuk memberikan perawatan medis kepada pasien. Hubungan antara rumah sakit dan pasien diatur dalam Undang- Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.⁶⁹

Beberapa pasal dalam Undang-Undang tentang Rumah Sakit menunjukkan adanya disharmoni yaitu Pasal 45 ayat (2) UU RI No. 44 Tahun 2009 yang menegaskan bahwa rumah sakit tidak dapat dituntut dalam melaksanakan tugas dalam rangka menyelamatkan nyawa manusia. Sedangkan pada Pasal 46 UU No. 44 Tahun 2009 menyatakan bahwa rumah sakit bertanggung jawab secara hukum terhadap semua kerugian yang ditimbulkan atas kelalaian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di rumah sakit. Intinya, rumah sakit tidak dapat mengelak dari tanggung jawab dengan alasan menggunakan tenaga kesehatan kontrak lepas. Tetapi bagaimanakah tolak ukur untuk memastikan adanya kelalaian?⁷⁰ Begitu juga yang diungkapkan dalam Pasal 32 (q) UU No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit yang merupakan salah satu hak pasien yaitu dapat menggugat dan/ atau menuntut rumah sakit apabila rumah sakit diduga telah memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana. Permasalahannya, apakah ada pemahaman yang sama antara rumah sakit dan pasien tentang jalur pengajuan gugatan? Ketentuan Pasal 32(r) UU No. 44 Tahun

⁶⁹Ta'adi. (2011). *Hukum Kesehatan Sanksi dan Motivasi bagi Perawat*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC hlm. 28

⁷⁰Guwandi, *Hukum Rumah Sakit & Corporate Liability*, (Jakarta: Badan PenerbitFKUI, 2011), hal. 3.

2009 juga mengatur hak pasien untuk mengeluhkan pelayanan rumah sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang- undangan. Dalam kaitan ini perlu dipertanyakan apa sebenarnya tujuan menyampaikan keluhan melalui media cetak dan elektronik? Apakah pasal ini tidak berdampak menjatuhkan reputasi dokter dan rumah sakit?⁷¹

Hubungan hukum yang terakhir adalah antara rumah sakit dan dokter. Rumah sakit mempekerjakan banyak karyawan, yaitu dokter, perawat, tenaga administrasi dan lain-lain. Kesalahan yang dilakukan di dalam rumah sakit dianggap sebagai “kelalaian institusi” (*corporate negligence*) yang harus ditanggung oleh pimpinan rumah sakit berdasarkan doktrin Majikan-Buruh (*Vicarious Liability, Respondeat Superior*), khusus untuk rumah sakit timbul istilah *Hospital Liability*. Berdasarkan doktrin ini rumah sakit sebagai institusi yang menyediakan diri untuk memberikan pelayanan pengobatan dan perawatan (*cure and care*) juga bertanggung jawab atas segala peristiwa yang terjadi di rumah sakit. Jadi yang pertama kali harus bertanggung jawab atas peristiwa yang terjadi di rumah sakit adalah pimpinan rumah sakit. Tetapi bila antara rumah sakit dan dokter telah dibuat perjanjian terlebih dahulu sejak awal maka berlakulah pembagian tanggung jawab antara rumah sakit dengan dokter.⁷²

Di samping pembahasan jalur pengaduan sesuai dengan Undang-Undang Praktik Kedokteran dan Undang- Undang Kesehatan, terdapat pula ketentuan

⁷¹Sri Siswati, Opcit, hal.153.

⁷²Guwandi, Opcit,hal. 1.

dalam Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, yakni Pasal 46 yang menentukan bahwa rumah sakit bertanggung jawab secara hukum terhadap semua kerugian yang ditimbulkan atas kelalaian tenaga kesehatan di rumah sakit. Ketentuan pasal ini menjadi dasar yuridis bagi seseorang untuk meminta pertanggung jawaban dari pihak rumah sakit jika terjadi kelalaian tenaga kesehatan yang menimbulkan kerugian. Undang-Undang Rumah Sakit disusun dengan tujuan untuk mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan; dan dapat memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya di rumah sakit. Selain itu juga untuk meningkatkan mutu, mempertahankan standar pelayanan rumah sakit, serta memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumberdaya manusia di rumah sakit termasuk pihak manajemen.

Selanjutnya pada Undang- Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, diatur pula ketentuan tentang hal- hal yang berkaitan dengan masalah kelalaian tenaga kesehatan yaitu pada Pasal 29 dan Pasal 58. Ketentuan Pasal 29 menentukan bahwa dalam hal tenaga kesehatan diduga melakukan kelalaian dalam menjalankan profesinya, kelalaian tersebut harus diselesaikan terlebih dahulu melalui mediasi. Sedangkan ketentuan Pasal 58 mengatur mengenai hak setiap orang untuk menuntut ganti rugi terhadap seseorang, tenaga kesehatan, dan/atau penyelenggara kesehatan yang menimbulkan kerugian akibat kesalahan atau kelalaian dalam pelayanan kesehatan yang diterimanya.

Berdasarkan ketentuan tersebut, terlihat bahwa penuntutan ganti kerugian ini dapat dilakukan akibat dari adanya kesalahan (kesengajaan) ataupun karena adanya kelalaian dalam pelayanan kesehatan dan penuntutan dapat ditujukan

kepada seseorang, tenaga kesehatan maupun kepada pihak penyelenggara kesehatan (rumah sakit). Sementara berdasarkan Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009, penuntutan kerugian hanya ditujukan kepada pihak rumah sakit yang diakibatkan secara khusus karena kelalaian tenaga kesehatan di rumah sakit.

Jika dibandingkan materi ketentuan Pasal 58 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Pasal 46 Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit terhadap tuntutan ganti kerugian, terdapat perbedaan dan disharmoni di antara keduanya sebagai berikut:

UU No. 36 Tahun 2009, khususnya ketentuan Pasal 58 menegaskan bahwa hak untuk menuntut ganti rugi dapat dilakukan terhadap seseorang, tenaga kesehatan maupun penyelenggara pelayanan kesehatan (rumah sakit) akibat kesalahan ataupun karena kelalaian dalam pelayanan kesehatan. Sementara itu ketentuan Pasal 46 UU No. 44 Tahun 2009 menyatakan bahwa penuntutan ganti rugi hanya ditujukan kepada pihak rumah sakit, yang diakibatkan secara khusus yaitu karena kelalaian tenaga kesehatan di rumah sakit. Dengan demikian dapat ditafsirkan, jika kerugian diakibatkan oleh kesalahan dalam arti kesengajaan, maka pihak rumah sakit tidak akan bertanggung jawab.

Ketentuan tentang rumah sakit yang harus bertanggungjawab terhadap kerugian pasien akibat kelalaian tenaga kesehatan ini, dapat menimbulkan implikasi lebih lanjut bagi pihak rumah sakit, tenaga kesehatan maupun bagi pasien (masyarakat). Rumah sakit perlu mengetahui bentuk kelalaian tenaga kesehatan yang menjadi tanggung jawab rumah sakit dan bentuk kelalaian tenaga kesehatan yang tidak menjadi tanggung jawab rumah sakit. Implikasi bagi tenaga kesehatan yaitu tenaga kesehatan tetap harus berhati-hati dan tidak gegabah

walaupun rumah sakit akan bertanggung jawab atas kelalaiannya karena terdapat juga kelalaian tenaga kesehatan yang tetap menjadi tanggung jawab tenaga kesehatan yang bersangkutan.

1.2. Rumusan Masalah

Secara hipotesis, berbagai norma pengaturan mengenai hak- hak pasien dan prosedur penyampaian pengaduan atau keluhan terhadap pelayanan kesehatan kepada dokter dan tenaga kesehatan lainnya serta rumah sakit berdasarkan Undang-Undang Kesehatan, Undang-Undang Praktik Kedokteran dan Undang-Undang Rumah Sakit memperlihatkan adanya disharmoni dan bahkan inkonsistensi. Berdasarkan hipotesa tersebut perlu dilakukan penelitian yang mencakup tiga permasalahan hukum sebagai berikut.

1. Bagaimana kondisi pengaturan hak pasien dan kelemahannya dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik dan memadai menurut peraturan perundang- undangan di bidang kesehatan di Indonesia?
2. Bagaimana pelaksanaan pengaturan hak pasien dan kinerja Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI) dalam menyelesaikan perkara- perkara medik di Indonesia?
3. Bagaimana konsepsi pengaturan bidang kesehatan yang ideal berikut kelembagaan dan kewenangan yang diperlukan dalam penyelesaian perkara medik yang menjamin kepastian hukum dan keadilan bagi dokter, pasien dan rumah sakit?

1.3. Tujuan Penelitian

1. Membahas norma- norma hukum di bidang kesehatan dan menganalisis kelemahannya guna memastikan wujud pelayanan kesehatan yang baik dan memadai, khususnya dalam rangka memahami prospek implementasi hak pasien dalam penyelesaian perkara- perkara medik di Indonesia.
2. Mengevaluasi pelaksanaan pengaturan hak pasien dengan mendasarkan pada perkara medik yang terjadi di Indonesia dan menganalisis kedudukan serta kinerja Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI) dalam menyelesaikan perkara- perkara medik tersebut.
3. Merumuskan alternatif pengaturan bidang kesehatan yang ideal berikut kelembagaan dan kewenangan MKDKI yang diperlukan dalam menyelesaikan perkara- perkara medik yang menjamin kepastian hukum dan keadilan bagi dokter, pasien dan rumah sakit.

1.4. Manfaat Penelitian

1. 4. 1 Manfaat Teoritis

Memberikan tambahan informasi dan bahan pustaka bagi pengembangan ilmu pengetahuan, khususnya ilmu hukum di bidang kesehatan terutama yang terkait dengan hak pasien dalam penyampaian keluhan kepada dokter dan rumah sakit serta proses penyelesaiannya.

1.4.2. Manfaat Praktis

Memberikan masukan pemikiran konseptual bagi pembuat kebijakan, dan informasi bagi para praktisi hukum, para peneliti dan masyarakat luas untuk dapat lebih memahami hak- hak pasien dan aspek prosedural dalam menyampaikan keluhan kepada dokter dan rumah sakit.

1.5. Sistematika Penulisan

Penulisan disertasi ini disusun secara sistematis dalam format yang terbagi dalam lima bab sebagai berikut:

Bab Pertama berisi pendahuluan yang merupakan gambaran atas latar belakang masalah, hingga mengerucut pada perumusan masalah penelitian berikut sub bab mengenai tujuan penelitian, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan.

Bab Kedua membahas tentang tinjauan pustaka yang mencakup landasan teori dan landasan konseptual yang meliputi payung hukum bagi kegiatan penyelenggaraan pelayanan di bidang kesehatan. Landasan Konseptual merujuk pada Undang-Undang tentang Praktik Kedokteran, Undang- Undang tentang Kesehatan, Undang-Undang tentang Rumah Sakit, Undang- Undang tentang Tenaga Kesehatan dan Undang- Undang tentang Perlindungan Konsumen.

Bab Ketiga berisi uraian mengenai Metodologi Penelitian, yang mencakup jenis penelitian, prosedur perolehan bahan penelitian disertai dengan sifat analisis dari penelitian.

Bab Keempat berisi analisis atas permasalahan hukum yang diarahkan untuk menjawab ketiga rumusan masalah yang telah ditetapkan. Sesuai dengan

rumusan masalah tersebut, pembahasannya mengikuti alur kajian yuridis normatif, yuridis empiris, dan landasan untuk merumuskan konsepsi yang menjadi *ius constituendum* disertasi ini. Kajian yuridis normatif membahas disharmoni regulasi terkait dengan hak pasien, terutama dalam menyampaikan keluhan hingga gugatan kepada dokter atau rumah sakit. Selanjutnya, kajian mengenai implikasi hukumnya terhadap pelaksanaan peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan dengan mendasarkan pada penanganan kasus- kasus atau perkara medik di Indonesia dan kasus- kasus di luar negeri sebagai perbandingan. Aspek ketiga merupakan eksplorasi teoritis untuk merumuskan pemikiran hukum yang relevan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, termasuk langkah- langkah yang harus dilakukan oleh negara untuk memberdayakan lembaga MKDKI guna menjamin kepastian hukum bagi pasien, dokter dan rumah sakit dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara seimbang di Indonesia.

Bab Kelima sebagai bab penutup berisi kesimpulan atas seluruh hasil penelitian dan saran pemikiran hukum yang relevan.