

PEMBERDAYAAN HAK PASIEN SEBAGAI PENCEGAH KEJAHATAN MALAPRAKTEK

Oleh: Setiati Widiastuti

Abstrak

Wacana mengenai maraknya "korban-korban" tindakan medik bermunculan di media massa. Kegerahan mulai merebak di masyarakat, yang ditandai dengan keluhan di media massa, aduan ke Mahkamah Kode Etik Kedokteran Ikatan Dokter Indonesia (MKEK IDI) yang tidak selalu direspon positif, atau upaya penyelesaian ke pengadilan. Namun yang apatis, dan ini jauh lebih banyak adalah memilih diam dan tidak memperpanjang masalah. Perlindungan terhadap pasien dari sisi hukum dan etika masih sangat lemah. Sejauh ini hukum kedokteran belum berpihak kepada masyarakat. Di samping itu IDI sebagai penjaga etika dan moral profesi kedokteran terkesan tidak peka atas pelanggaran para anggotanya. Jadi, menilik urgensinya serta untuk pembelajaran publik, melakukan action dengan menyelesaikannya secara hukum kadang-kadang memang perlu. Tujuannya bukan untuk menyerang, tetapi untuk peringatan agar dokter lebih berhati-hati. Tentu warga masyarakat perlu menyiapkan "peluru", supaya perjuangannya tidak sia-sia. Paham dan mencermati apa yang menjadi hak pasien merupakan langkah awalnya, kemudian memberdayakannya secara arif dan proporsional merupakan langkah selanjutnya. Sambil menunggu efektifnya undang-undang tentang praktek kedokteran, "payung" perlindungan diri harus disiapkan supaya tidak lebih banyak lagi korban melayang untuk sesuatu yang masih bisa dihindari.

Pendahuluan

Dokter memang bukan dewa yang bisa menyembuhkan apa saja. Ungkapan itu tidak bisa menjadi alasan untuk memaafkan terjadinya kelalaian dokter dan malapraktek. Kisah-kisah tragis yang keluar dari ruang praktek dokter belakangan makin sering tampak mewarnai halaman media cetak. Kasus yang menimpa Irwanto Ph.d (47) termasuk yang cukup ramai diberitakan. Ia tidak sakit jantung, tetapi divonis sakit jantung di sebuah rumah sakit di Jakarta Selatan. Akibatnya sangat fatal, Irwanto lumpuh total dari dada sampai kaki. Geram terhadap sikap dokter yang tidak bertanggung jawab, staf pengajar di universitas swasta tersebut memilih mengajukan kasus ini ke meja hijau (Ika Nurul, 2004: 48).

Kasus serupa menimpa Yuliana Dutabella Lemek, korban kesalahan diagnosis dan tindakan medis salah satu rumah sakit swasta di Yogya (Kedaulatan Rakyat, 13 Mei 2004). Ayahnya, Jeremias Lemek, mencoba menyelesaikan masalah tersebut ke meja hijau, tetapi buntutnya pihak rumah sakit malah menuntut balik Lemek yang dianggap telah mencemarkan nama baik tim dokter. Berbeda dengan Nurul

yang membawa kasus almarhum suaminya ke Majelis Kehormatan Etik Kedokteran (MKEK) Ikatan Dokter Indonesia, meskipun pengaduannya tidak direspon positif (Intisari, Mei 2004). Eko, suami Nurul, yang mengeluh pusing dan demam didiagnosis dokter rumah sakit di Jakarta Timur sebagai tifus, kondisinya malah makin memburuk setelah perawatan, sampai kemudian dinyatakan sebagai gagal ginjal dan harus cuci darah. Setelah dipindah ke rumah sakit lain dengan kondisi sudah terlalu parah, barulah diketahui sebenarnya Eko terkena malaria. Tetapi semuanya sudah sangat terlambat.

Menutup mata dan telinga atas maraknya peristiwa serupa, sungguh bukan langkah bijaksana. Kita bisa menyimak dari yang sederhana, seperti ketidaktahuan pasien atas sakit yang dideritanya atau obat apa yang diresepkan dokter untuknya. Simak pula dokter yang tanpa menjelaskan permasalahannya secara gamblang, telah memerintahkan pasien untuk pemeriksaan laboratorium, melakukan fisiotherapi, photo rontgen, EEG, CT Scan, MRI, dan sebagainya, yang tentu biayanya tidak murah.

Tidak banyak korban yang menyelesaikan masalahnya ke pengadilan atau mengadukannya ke MKEK IDI. Ini dibenarkan oleh Marius Widjajarta, Ketua Yayasan Pemberdayaan Konsumen Kesehatan Indonesia (YPKKI), yang mengungkapkan sepanjang tahun 1998-2003 YPKKI menangani tidak kurang dari 18 kasus malapraktek, tetapi hanya 2 yang diselesaikan melalui jalur hukum, selebihnya diselesaikan secara "damai" (Ika Nurul, 2004:50). Padahal menilik urgensinya, penyelesaian secara hukum perlu dilakukan untuk pembelajaran publik, mengingat masih jauh lebih banyak korban yang memilih diam, pasrah, dan enggan memperpanjang masalah. Keengganan masyarakat mengungkap apa yang dialami menyebabkan kasus-kasus kelalaian dokter dan malapraktek seperti fenomena gunung es, dan hanya sedikit yang mencuat ke permukaan. Akankah hal ini terus didiamkan saja? Apakah akan dibiarkan korban-korban lain berjatuh untuk sesuatu yang sebetulnya masih bisa dihindari?

Bagi masyarakat, semua itu serba dilematis. Ketergantungan yang besar pada dokter, telah memposisikan mereka dalam posisi tawar yang tidak seimbang. Dokter dan kalangan medis juga cenderung berlindung di balik istilah-istilah dan prosedur medis yang sulit dipahami serta pemberian informasi yang serba terbatas. Akibatnya masyarakat bukan hanya dihadapkan pada persoalan ketidaktahuan dirinya, tetapi juga terhadap *bargaining position* yang sangat tidak seimbang. Berdiam diri dan tidak melakukan *action* apapun pada waktu menjadi korban, tentulah bukan sikap yang menguntungkan. Sikap diam dan *nrimo* pada akhirnya bisa menyebabkan praktek-praktek kedokteran yang semakin jauh dari nilai-nilai luhur sumpah kedokteran, berkembang menjadi peristiwa "biasa" dan wajar-wajar saja yang harus bisa diterima sebagai satu kekhilafan yang manusiawi.

Perlindungan terhadap masyarakat, khususnya pasien telah diberikan antara lain oleh Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) no. 585 tahun 1989 tentang Persetujuan Tindakan Medis dan UU nomer 23 tahun 1992 tentang Kesehatan, yang sebagian substansinya mengatur tentang hak kewajiban pasien. Harusnya aturan itu dipahami dan dijadikan acuan dalam memberikan layanan kesehatan. Namun,

faktanya undang-undang ini belum dapat dirasakan manfaatnya. Usianya sudah belasan tahun, tetapi belum cukup mampu melindungi masyarakat. Fenomena maraknya praktek kedokteran yang menjauh dari sumpah dokter dan KODEKI (kode etik kedokteran Indonesia), seharusnya menjadi titik balik bagi masyarakat untuk melindungi diri terhadap perilaku *unethical* para dokter itu.

Sambil menunggu efektifnya Undang-undang Praktek Kedokteran, yang akan membuat masyarakat tersanjung, karena telah menjanjikan "kepentingan pasien di atas segala-galanya", maka masyarakat perlu siap dengan "payung" perlindungan diri, dengan mencemati hak dan kewajiban pengguna jasa layanan kesehatan serta mampu mempertahankannya secara dewasa dan proporsional. Jangan sampai, sudah jatuh masih tertimpa tangga. Sudah terlanjur jadi korban tindakan medis, tetapi jangankan memperoleh ganti rugi, malah tuntutan dan pengaduan atas pelanggaran etika kedokteran oleh IDI/MKEK diputuskan sebagai "salah alamat", atau malah ganti dituntut balik oleh pihak dokter/rumah sakit sebagai pencemaran nama baik.

Hak Pasien Bukan "Kemewahan"

Dewasa ini hubungan antara dokter dan pasien tidak lagi bersifat paternalistik, yang mengharuskan pasien hanya mengikuti kata dokter, tanpa perlu mendiskusikan pendapat dan keinginannya. Memang sudah masanya hubungan tersebut diposisikan sejajar, karena masing-masing mempunyai hak dan kewajiban yang harus saling dihormati. Hak utama pasien adalah mendapatkan pemeliharaan kesehatan (*the right to health care*), yang sesuai dengan standar pelayanan kesehatan yang optimal. Tentu hal itu juga dilengkapi dengan hak-hak lainnya, seperti: hak mendapatkan informasi, memberikan persetujuan, dirahasiakan penyakitnya, mencari pendapat kedua, dan sebagainya.

Pasal 53 Undang-undang Kesehatan tahun 1992 mewajibkan tenaga kesehatan untuk menghormati hak pasien. Namun bukan rahasia lagi kalau untuk sebagian masyarakat, apa yang disebut sebagai hak pasien masih merupakan suatu kemewahan. Artinya hak itu tidak akan diberikan secara "cuma-cuma" dan acapkali pasien harus berjuang keras, bahkan "ngotot" untuk memperolehnya. Tentu ini sangat janggal, mengingat dokter terikat pada prosedur standar medis yang mengharuskannya melakukan langkah-langkah terstruktur, semisal memberi informasi atau memberi kesempatan pasien mencari *second opinion* sebelum memberikan tindakan medik. Faktanya, penghormatan atas hak pasien memang lebih mudah diatur dalam peraturan perundangan, dari pada dikongkretkan dengan tindakan.

1. Hak pasien atas informasi

Dalam transaksi terapeutik, pasien berhak mendapatkan informasi dari dokter tentang hal-hal yang berhubungan dengan kesehatannya (Chandrawila, 2001:15), yang dalam perkembangannya kemudian digabungkan dengan hak untuk menentukan diri sendiri, dan dilembagakan menjadi *informed consent* (persetujuan atas dasar informasi). Pemberian informasi dalam setiap tindakan medik menjadi kewajiban dokter, dalam arti dokter harus memberikan informasi kepada pasien baik diminta ataupun tidak. Pasal 5 ayat 1 Permenkes 585/1989 mengharuskan pemberian informasi yang

mencakup keuntungan dan kerugian dari tindakan medik yang akan dilakukan baik diagnostik ataupun terapeutik. Informasi yang harus disampaikan dokter, menurut Fred Ameln, minimal meliputi a) diagnose; b) risiko dari tindakan medik; c) alternatif terapi, termasuk keuntungan dan kerugiannya; dan d) prognose. Dalam hal tertentu, misalnya operasi, dokter harus **memperluasnya**, dengan menambahkan tentang e) cara kerja dokter dalam proses tindakan medik; f) keuntungan dan kerugian tiap alternatif terapi; g) semua risiko yang mungkin terjadi; dan h) kemungkinan rasa sakit setelah tindakan medik (1991:47). Dokter dituntut kearifannya dalam menyampaikan informasi yang wajar, benar, dan bijak, karena perbedaan keadaan fisik dan psikis tiap individu. Terlalu banyak informasi, menyebabkan *shock* dan ketakutan yang menghambat proses penyembuhan, tetapi terlalu sedikit informasi dapat menyebabkan salah penafsiran.

Pasien juga harus secara pro aktif meminta informasi dari dokter. Jangan segan bertanya secara detail tentang manfaat dan risiko tindakan yang diambil dokter. Tidak sedikit dokter "pendiam", yang tidak banyak berkomunikasi dengan pasien karena lelah dan jenuh atau menganggap informasi tidak perlu disampaikan. Ini dibenarkan Broto Wasisto, ketua MKEK IDI, yang memberi catatan tentang sikap masyarakat yang cenderung mencari dokter yang dibanjiri pasien, terkenal dan sibuk praktek di banyak tempat. Padahal faktor inilah yang menyebabkan minimnya komunikasi antara dokter dan pasien. Informasi yang disampaikan, sangat mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan, dan pelaksanaan pengobatan pasien. Berdasar informasi itulah pasien menerima atau menolak tindakan yang ditawarkan dokter. Informasi hanya boleh tidak disampaikan, dalam hal a) sebagai syarat terapi, misalnya pada terapi placebo atau *suggestive therapeuticum*, yang menjadi tidak bermanfaat lagi apabila tujuan terapi dijelaskan sebelumnya; b) penyampaian informasi akan merugikan pasien; c) pasien sakit jiwa; dan d) pasien belum dewasa (Ameln 1991: 47)

2. Hak memberi persetujuan atas dasar informasi (informed consent)

Merupakan hak dasar yang harus dimiliki oleh pasien, untuk menentukan sendiri (menerima atau menolak) tindakan medis yang ditawarkan setelah pemberian informasi oleh dokter. *Informed consent* diatur dalam Pasal 2 ayat (1) Permenkes no. 585 tahun 1989, yang menyatakan: "semua tindakan medis yang akan dilakukan terhadap pasien harus mendapatkan persetujuan".

Persetujuan bisa diberikan secara tertulis atau lisan, tetapi persetujuan tertulis mutlak diperlukan untuk setiap tindakan medik yang mengandung risiko tinggi dan ditandatangani oleh pasien. Dalam keadaan tertentu, persetujuan diberikan oleh keluarga terdekat, misalnya untuk pasien di bawah umur, atau pasien tidak cakap melakukan perbuatan hukum. Untuk pasien yang berada dalam kondisi tidak sadar serta tidak didampingi oleh keluarga, sementara secara medik pasien dikategorikan dalam keadaan gawat dan atau darurat, maka tidak diperlukan persetujuan dari siapa pun untuk tindakan medik yang harus segera dilakukan.

Umumnya *informed consent* dihubungkan dengan ijin operasi. Pentingnya *informed consent* sebelum operasi, erat kaitannya dengan Pasal 351 KUHP yang

mengatur tentang penganiayaan. Seseorang yang menusukkan pisau ke orang lain sehingga menimbulkan luka, dikategorikan melakukan penganiayaan. Membius orang lain pun termasuk penganiayaan. Meskipun pelaku penusukan pisau dan pembiusan itu berprofesi dokter, tindakannya tetap dikategorikan sebagai penganiayaan, kecuali memenuhi 3 syarat: 1) orang yang dilukai memberikan persetujuan; 2) tindakan tersebut berdasarkan suatu indikasi medik dan ditujukan pada suatu tujuan kongkret, 3) tindakan tersebut sesuai dengan ilmu kedokteran. Komalawati (2001:159) mengemukakan ketiga syarat itu harus dipenuhi secara akumulatif untuk meniadakan *de materieele wederechtheid*, yaitu menghilangkan sifat yang bertentangan dengan hukum.

3. Hak atas rahasia kedokteran

Dasar pemikiran tentang rahasia kedokteran muncul dari adanya kewajiban profesional untuk merahasiakan informasi yang diperoleh saat menjalankan profesi yang dikenal dengan istilah rahasia jabatan. Dalam dunia kesehatan, keterangan yang diperoleh dokter dalam menjalankan profesi disebut dengan rahasia kedokteran. Dokter wajib merahasiakan segala informasi tentang pasien dan penyakit pasien dari orang-orang yang tidak berkepentingan. Kewajiban ini untuk selanjutnya menjadi hak pasien.

Dalam proses pengadilan pun, dokter berhak minta dibebaskan dari kewajiban menjadi saksi di pengadilan, serta menolak memberikan keterangan tentang pasien, yang dikenal dengan *verschijningsrecht van de arts*. Hanya hakim yang dapat memutuskan perlu tidaknya dokter dihadirkan sebagai saksi ahli dan menyampaikan rahasia kedokteran tersebut.

Hak atas rahasia kedokteran adalah hak individu setiap pasien. Hak individu baru dapat dikesampingkan apabila kepentingan umum menghendaki. Misal: apabila seorang pasien menderita sakit menular (HIV AIDS) yang membahayakan masyarakat, maka meskipun pasien menolak, tetapi dokter mempunyai kewajiban untuk membuka rahasia kedokteran kepada pihak yang berwenang

4. Hak atas pendapat kedua (second opinion)

Tidak diragukan lagi bahwa hubungan dokter-pasien merupakan hubungan kepercayaan. Acapkali dokter merasa tersinggung dan "gerah", menghadapi pasien yang menginginkan pendapat dokter lain, dan menganggap pasien tidak percaya serta meragukan kemampuannya. Padahal kalau menyimak contoh kasus-kasus di atas, tak pelak lagi perbedaan pendapat dan diagnosis antar dokter sangat mungkin terjadi. Memang perlu kebesaran jiwa untuk dapat meluluskan permintaan pasien akan *second opinion*

Second opinion merupakan realisasi kerja sama antara dokter pertama dengan dokter kedua yang terjalin **atas inisiatif dari pasien**. Dokter pertama memberikan seluruh hasil pemeriksaannya kepada dokter kedua, yang seterusnya akan mempelajarinya. Apabila terjadi beda pendapat, maka ia akan menghubungi dokter pertama dan mendiskusikan tentang perbedaan diagnosis yang telah mereka

buat. Biasanya dokter lebih "nyaman" melakukan *second opinion* atas inisiatifnya sendiri, bukan inisiatif pasien, yang dalam dunia kesehatan dikenal dengan istilah *rujuk*. Yang lazim terjadi, pasien dirujuk ke dokter yang lebih ahli.

Pelembagaan *second opinion* harusnya dapat diterima para dokter dengan jiwa besar dan tidak menimbulkan sikap a priori, karena dari hasil keterbukaan para dokter, akan diperoleh pendapat yang akurat. Berangkat dari konsep itu, pasien jangan ragu mencari *second opinion* untuk meyakinkan hasil diagnosis, dan jangan ragu pula untuk pindah ke dokter lain, apabila dokter yang menangani tidak kooperatif.

5. Hak untuk melihat rekam medik

Setiap dokter dan rumah sakit mempunyai kewajiban membuat rekam medik (*medical record*) yaitu berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain kepada pasien sebagai sarana pelayanan kesehatan. Pasal 2 Permenkes no. 749a tahun 1989 tentang Rekam Medik, menegaskan bahwa "setiap sarana pelayanan kesehatan yang melakukan pelayanan rawat jalan, maupun rawat inap wajib membuat rekam medik".

Pasal 10 Permenkes mengatur kepemilikannya dengan menegaskan bahwa berkas rekam medik menjadi milik sarana kesehatan (rumah sakit), sedangkan isi rekam medik adalah milik pasien. Konsekuensi dari ketentuan bahwa isi rekam medik adalah milik pasien, tentulah pasien berhak untuk memperoleh *copy* dari rekam medik. Faktanya, jangankan mendapatkan *copy*, untuk melihat rekam medik pun tidaklah mudah. Dengan alasan berkas adalah milik dokter atau rumah sakit, maka pasien selalu ditolak melihat dan meng-*copy* hasil rekam medik. Ada kecenderungan asumsi bahwa rekam medik merupakan rahasia kedokteran, di samping kekhawatiran pasien akan menggugat dokter dengan menggunakan rekam medik sebagai alat bukti (Willa Candrawilla, 2001:23).

Hak pasien tentu saja diimbangi dengan kewajiban-kewajiban yang harus dipenuhi. Kewajiban pasien antara lain: 1) memberikan penjelasan yang jujur tentang penyakitnya; 2) mentaati petunjuk dan instruksi dokter, 3) mentaati aturan rumah sakit; 4) memberikan imbalan jasa kepada dokter, 4) melunasi biaya rumah sakit yang meliputi biaya perawatan, terapi, tindakan dan obat (Ameln, 1991:11). Pasien sebagai pihak yang sakit, berharap segera sembuh, pasrah pada pertolongan dokter, dan cenderung akan melaksanakan kewajibannya. Kalaupun ada yang ingkar janji, jumlahnya tidak mencapai 2% dari keseluruhan jumlah pasien (Chandrawilla, 2001)

Apabila semua pihak konsisten dengan hak dan kewajiban masing-masing, barangkali peristiwa malapraktek dan kelalaian dokter tidak perlu terjadi. Kondisi awal pemberian atribut sebagai dokter yang menyalahi prosedur telah gugur dengan diberikannya hak-hak pasien di atas. Masalahnya, kalangan medis memang tidak cukup sportif untuk ingat pada hak pasien, apalagi kalau berhadapan dengan pasien yang "pendiam" dan bersikap pasrah. Keadaan ini diperparah lagi oleh sikap IDI yang cenderung makin menghilangkan kepercayaan masyarakat terhadap kalangan medis. Tidak jarang masyarakat merasa berhadapan dengan satu profesi yang mempunyai ikatan solidaritas sangat tinggi dan tidak tertembus. Berbagai pelanggaran etika dan hukum yang begitu jelas, transparan, dan kasatmata, yang telah bertahun-

tahun dilakukan oleh kalangan medis, sampai detik ini pun masih berlangsung dengan aman-aman saja. IDI terkesan sangat berpihak kepada anggotanya, bahkan nyaris secara membabi buta. Akibatnya pelanggaran-pelanggaran etika dan juga hukum cenderung berlanjut terus.

Apresiasi atas hak pasien dalam bentuk memberikannya sesuai dengan proporsi, merupakan salah satu prosedur tindakan medis. Menyalahinya, bisa dikategorikan melanggar standar profesi. Tenaga kesehatan perlu menyimak bahwa kesepakatan atas semua transaksi terapeutik selalu didasarkan atas hal-hal yang menjadi hak pasien di atas. "Stempel" kesalahan, kelalaian dan malapraktek tentu bisa dikurangi. Dokter juga lebih terlindungi apabila semua tindakannya berada dalam koridor tersebut.

Malapraktek, Kelalaian Dokter ataukah Kesalahan Manusiawi

Seperti di atas cawan mikroskop, profesi kedokteran saat ini menjadi pusat perhatian dan dikritisi banyak pihak. Selayaknya hal ini ditanggapi secara bijak dan dengan kepala dingin oleh kalangan medis, dengan tidak tergesa-gesa bersikap *defensif*, memasang kuda-kuda, dan berlebihan melindungi diri. Selalu menjadi polemik, siapa yang kuat kedudukannya di mata hukum: dokter atau pasienkah. Kalangan medis berasumsi pihak pasien terlalu kuat kedudukannya, karena dengan mudahnya menuntut dan menggugat dokter. Yang dikomentari Chrisdiono M. Achadiat sebagai pembunuhan karakter (*character assassination*) terhadap dokter yang dituntut, sementara faktanya belum tentu kegagalan itu merupakan kesalahan dan kelalaian dokter (Kompas, 8 Juli 2004). Dokter juga mengemukakan publikasi kasus yang digugat sebagai malapraktek, merupakan pelanggaran atas asas praduga tak bersalah, dan pencemaran nama baik, mengingat "stempel" malapraktek harus ditetapkan melalui proses pengadilan.

Sebaliknya pihak pasien berkilah, dokter "kebal hukum" dan selalu berlindung di balik etika kedokteran agar terlepas dari tanggung jawab yang seharusnya dipikul. Masyarakat juga menilai IDI tidak netral, lebih mengutamakan anggotanya dan cenderung memarginalkan kepentingan pasien. *Image* negatif terhadap profesi kedokteran semakin mengental ketika berbagai pengaduan oleh masyarakat kepada organisasi profesi, IDI, dan MKEK sangat lamban ditanggapi, bahkan kadang hanya menjadi "angin lalu" saja. Akhirnya, mengusung kasus ke meja hijau menjadi pilihan bagi sebagian kecil korban dan mereka yang dirugikan

Majelis Kehormatan Etik Kedokteran sering menghimbau masyarakat jangan *kebablasan*, karena dapat menimbulkan kecemasan dan ketakutan di pihak medis, dan bisa berimbas pada hal-hal yang tidak dikehendaki, yakni para dokter akan ekstra hati-hati dan melakukan langkah-langkah proteksi yang berlebihan dari kemungkinan tuntutan di kemudian hari. Akibat lain dokter akan meminta pasien melakukan hal-hal yang sebetulnya tidak perlu, misalnya melakukan rontgen untuk sakit flu, atau dokter mengasuransikan semua pelayanannya. Jika ini terjadi, masyarakatlah yang paling dirugikan, karena melambungnya biaya pelayanan kesehatan. Lebih ekstrem lagi, jika para dokter kemudian melancarkan aksi mogok

dan menggantungkan baju putihnya.

Pernyataan tersebut bukan larangan bagi masyarakat untuk mengkritisi pelayanan kesehatan dan profesi dokter, melainkan himbauan agar tidak salah kaprah dan terlalu gegabah memberi "cap" dokter lalai atau melakukan malapraktek. Perlu dipahami bahwa tidak setiap kekeliruan diagnosis, kegagalan terapi dan tindakan medik, merupakan kelalaian dokter bahkan malapraktek yang dapat dikenai sanksi hukum.

Dalam Undang-undang Kesehatan ditentukan bahwa dalam menjalankan pekerjaan, dokter dibimbing suatu panduan yang disebut dengan kode etik kedokteran dan standar profesi medik serta harus menghormati hak pasien. Dokter yang terbukti di pengadilan telah melanggar standar profesi medik dan prosedur standar dapat dikategorikan sebagai melakukan kelalaian atau malapraktek.

Tindakan medik dianggap sesuai dengan standar profesi yang umum apabila memenuhi 3 standar, yaitu kewenangan, kemampuan rata-rata, dan keseksamaan (Willa Candrawilla, 2001:55). Kewenangan profesional yang dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan dalam bentuk Surat Ijin Praktek, merupakan syarat mutlak yang harus dipenuhi dokter dalam menjalankan profesinya yang berhubungan dengan tubuh dan jiwa manusia. Tindakan medik yang dilakukan tanpa kewenangan profesional harus dikategorikan sebagai perbuatan melanggar hukum.

Kemampuan rata-rata merupakan kemampuan minimal yang harus dipunyai oleh seorang dokter, dengan tolok ukur tenaga kesehatan lain yang mempunyai keahlian di bidang yang sama, pengalaman yang sama dan di tempat yang sama. Dokter diharuskan selalu mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran. Jadi, tidak memperbarui ilmu dan ketrampilannya dapat dianggap telah melanggar salah satu unsur standar profesi medik. Yang paling utama, dokter dituntut untuk seksama dalam menjalankan profesinya. Ceroboh dalam melakukan pekerjaan, dapat ditafsirkan bahwa dokter telah berani mempertaruhkan kesehatan bahkan jiwa pasien. Ukuran keseksamaan adalah ketelitian dan kehati-hatian yang umum dari setiap tenaga kesehatan dalam menjalankan pekerjaannya sebagai profesional.

Meskipun rambu-rambunya sudah ada, harus dimaklumi bahwa dokter tetaplah manusia biasa yang dapat berbuat kesalahan. Ilmu kedokteran juga bukan matematika yang bisa memastikan dua kali dua sama dengan empat. Obat A, misalnya, bisa berbeda reaksinya di antara dua manusia dengan gejala sakit yang sama. Hal-hal inilah yang harus dipahami, karena berada di luar kemampuan dokter. Seperti halnya beberapa penyakit yang mempunyai gejala mirip, misalnya gejala demam pada tifus, demam berdarah dan radang tenggorokan, menyebabkan dokter bisa keliru dalam memberikan diagnosis. Perlu proses panjang untuk memutuskan kesalahan-kesalahan di atas sebagai malapraktek.

Di dunia kedokteran, malapraktek dibedakan dari kelalaian. Secara yuridis, malapraktek dikategorikan sebagai perbuatan pidana yang diatur dalam Pasal 352 dan 359 KUHP. Malapraktek diartikan sebagai tindak penganiayaan atau salah pengobatan terhadap pasien yang dilakukan secara sengaja dengan melanggar hukum atau standar profesi yang berlaku (Kartono Mohamad, 1992:77). Sedangkan kelalaian

diartikan sebagai kegagalan seorang dokter untuk bekerja sesuai standar profesi medik yang menjadi pedoman profesinya.. Kelalaian bisa terjadi karena ketidaksengajaan (*culpa*), kekuranghati-hatian, dan acuh tak acuh, yang telah menimbulkan suatu akibat yang sebetulnya tidak dikehendaki atau bukan merupakan tujuan dari tindakan tersebut

Cakupan malapraktek lebih luas dari kelalaian, karena intinya adalah tindakan-tindakan yang disengaja (*intentional* atau *dolus*) dan melanggar hukum yang berlaku. Dengan demikian, akibat yang timbul memang merupakan tujuan dari tindakan tersebut. Singkatnya malapraktek sebenarnya adalah suatu praktek buruk, tindakan amoral yang dilakukan oleh seseorang yang memegang suatu profesi.

Masih Adakah Upaya Penyelesaian atas Kegagalan Tindak Medik

Hubungan dokter dan pasien memang spesifik. Hakekat hubungan ini berorientasi pada ikhtiar, usaha atau upaya yang semaksimal mungkin (*inspanningsverbintenis*) dan bukan pada hasil semata (*resultaatverbintenis*). Sehingga fokus perselisihan hukum kedokteran sebetulnya bukanlah sembuh / tidaknya pasien (baca:hasil yang dapat diukur), melainkan apakah dokter sudah betul-betul berihatiar menyembuhkan pasiennya. Jadi, sekiranya dokter telah bekerja maksimal berdasar standar profesinya dan mendapat ijin pasien (*informed consent*), dapat dimaknai sebagai tidak terjadi pelanggaran hukum. Dengan kata lain, dokter bebas dari sanksi baik pidana maupun perdata, tetapi semuanya itu harus melalui suatu proses pembuktian di pengadilan terlebih dulu. Artinya, kegagalan tindak medik tidak dapat dengan serta merta disebut malapraktek atau kelalaian, namun sebaliknya pihak dokter pun tidak dapat serta merta "membebaskan" diri dari proses hukum yang berkait dengan pasiennya.

Mengingat kesembuhan pasien bukan objek transaksi terapeutik, maka pasien tidak dapat menggugat dokter apabila tidak sembuh dari penyakitnya. Dokter hanya dapat dituntut secara pidana atau digugat secara perdata, apabila telah bekerja dengan mengabaikan standar profesi dan prosedur standar medis, dan atas kesalahan atau kelalaian tersebut menyebabkan cacat permanen atau kematian.

Mengacu pada Pasal 1365 KUHPerdata, gugatan atas perbuatan melawan hukum dapat dilakukan apabila terjadinya perbuatan melanggar hukum itu disebabkan oleh kesalahan/kelalaian dokter, sehingga perbuatan itu menimbulkan kerugian bagi pasien serta ada hubungan kausal antara kesalahan/kelalaian dengan kerugian yang diderita pasien. Sejauh ini rambu-rambu dari hukum kedokteran tentang tuntutan ganti rugi, dibatasi pada cacat permanen dan kematian yang diakibatkan oleh kelalaian dokter. Selama pasien masih dapat disembuhkan dan tidak meninggalkan cacat permanen, maka dokter tidak dapat dimintakan ganti rugi. Memang dimungkinkan juga pasien menggugat ganti rugi atas biaya yang dikeluarkan untuk penyembuhan dari kelalaian dokter, tetapi sampai sejauh ini menggugat imaterial masih dianggap sebagai permintaan yang berlebihan

Berdasarkan konstruksi hukum di atas, meski dokter melakukan kelalaian, tetapi kalau tidak menimbulkan kerugian pada pasien, maka dokter tidak diwajibkan bertanggung jawab secara hukum. Sebaliknya kalau terjadi kerugian yang tidak

disebabkan oleh kelalaian dokter, harus dianggap sebagai risiko tindakan medis, sehingga tidak bisa dicari siapa yang harus bertanggung jawab secara hukum. Kesalahan atau kelalaian dokter harus dibuktikan di pengadilan, sebagai aktualisasi asas praduga tak bersalah (*presumption of innocent*). Sebagai konsekuensi asas tersebut, pasienlah yang harus membuktikan kesalahan/kelalaian tersebut, sedang dokter tidak dibebani kewajiban pembuktian, kecuali hakim menentukan sebaliknya.

Terhadap dokter yang melanggar etika kedokteran, pasien dapat mengadukannya ke Majelis Kode Etik Kedokteran. Kartono Mohamad (1992:87) menyebutkan sanksi maksimal untuk pelanggaran etika adalah ditegur, dikeluarkan dari komunitas penganut etika profesi atau dicabut ijinnya. Tidak ada sanksi berupa kurungan/penjara, denda atau ganti rugi untuk pelanggaran etika. Bahkan dokter yang tidak terbukti bersalah, harus dipulihkan nama baiknya. Masalah mendasar yang selama ini terjadi justru karena IDI terkesan tidak pernah terusik atau dirugikan kepentingannya oleh banyaknya pelanggaran yang dilakukan anggotanya. Kalaupun ada kepedulian, IDI selalu masih terjebak pada "semangat membela" anggotanya. Ini relevan dengan pendapat Chrisdiono M. Achadiat yang menyatakan "gigi taring" IDI telah tumpul dan tidak efisien untuk menjatuhkan sanksi, apalagi mencabut rekomendasi ijin praktek dokter melanggar kode etik (Kompas, 8 Juli 2004).

Ironis!, hukum kesehatan memang belum berpihak pada masyarakat. Praktek kedokteran yang pada hakekatnya merupakan perwujudan idealisme dan pengabdian seorang dokter, sebagaimana pernah mereka ikrarkan dalam Sumpah dokter dan KODEKI, akhirnya kandas. Barangkali ini merupakan dampak dari perubahan global, individualistik dan materialistik, sehingga perilaku sebagian dokter pun ikut berubah.

Meski demikian, masyarakat yang dirugikan oleh pelayanan dokter atau rumah sakit tidak boleh tinggal diam dan apatis, supaya peristiwa serupa tidak berulang. Persiapkan bukti-bukti pendukung, seperti data-data kesehatan yang lengkap (sejak pertama kali menjalani pengobatan sampai perawatan terakhir) atau alat bukti lain yang terkait. Dengan bekal bukti-bukti tersebutlah, Yayasan Pemberdayaan Konsumen Kesehatan Indonesia (YPKKI) atau pengadilan dapat memperjuangkan korban kegagalan tindak medik melalui jalur hukum.

PENUTUP

Perlindungan terhadap pasien dalam aspek etika dan hukum kesehatan memang sangat lemah. Apalagi sampai saat ini peraturan tentang kesehatan yang terdapat dalam Undang-Undang nomer 23 tahun 1992 tidak cukup memadai, karena ketidaksiapan pelaksanaannya. Keberadaan undang-undang perlindungan konsumen yang mengatur hubungan konsumen dan pelaku usaha, tidak mampu memberi perlindungan pada pasien karena dokter tidak bisa dianalogikan sebagai pelaku usaha, sehingga lolos dari aturan tersebut. Jadi, diperlukan peraturan dan standar yang jelas serta lembaga khusus untuk menangani kasus-kasus kelalaian dokter dan malapraktek. Semua tentu berharap undang-undang praktek kedokteran yang dapat menjawabnya.

Sanksi bagi dokter yang melanggar kode etik dan sumpah dokter, sebetulnya

sudah diatur oleh IDI yang bertugas membina, mengawasi, atau memperingatkan dokter yang melanggar landasan moral dan perilaku profesional tersebut. Tapi hakekat IDI sebagai *moral and ethical guard profesi* kedokteran serasa tanpa makna, karena IDI terlalu terjebak dalam paradigma "membela anggota" kala berhadapan dengan pengaduan masyarakat. Tentu tidak ada yang membantah fakta bahwa rambu-rambu etika saja ternyata tidak mampu lagi mengendalikan perilaku dokter, sehingga diperlukan perangkat yang lebih tegas dan represif untuk menyelesaikannya

DAFTAR BACAAN:

- Amri Amir. (1997). *Bunga Rampai Hukum Kesehatan*. Jakarta: Widya Medika.
- Chrisdiono M. Achadiat. (2004). "Haruskah Majelis Kode Etik Kedokteran Bersidang Juga" dalam *Kompas*, 24 Juni
- _____ (2004). "Undang-Undang Praktek Kedokteran dalam Perspektif Malapraktek Medis", dalam *Kompas* 8 Juli
- Fred Ameln. (1991). *Kapita Selekta Hukum Kesehatan*. Jakarta: Grafitama Jaya.
- HerminHadiati Koeswadji.(2002). *Hukum Perumahsakitan*. Bandung: Citra Aditya Bakti.
- Ika Nurul Syifaa. (2004). "Ketika Korban-korban Malapraktek Berjatuh", dalam majalah *Femina XX*, 29 Mei
- J. Guwandi. (1998). *Dokter, Pasien dan Hukum*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Kartono Mohammad.(1992) *Teknologi Kedokteran dan Tantangannya terhadap Bioetika*, Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Veronica Komalawati. (2002). *Peranan Informed Consent dalam Transaksi Terapeutik* Bandung: Citra Aditya Bakti.
- Willa Chandrawila. (2001). *Hukum Kedokteran*..Bandung: Mandar Maju.

Biodata Penulis:

Setiati Widiastuti, lahir di Yogya, 28 Maret 1960. Lektor pada jurusan Pendidikan Pancasila dan Kewarganegaraan FIS UNY. Sarjana hukum UGM pada tahun 1983. Magister Humaniora Ilmu Hukum UGM pada tahun 1999. Mengampu mata kuliah Hukum Perdata dan Hukum Adat.