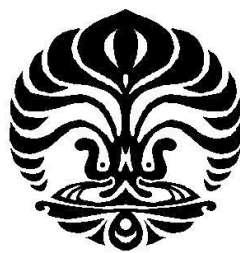


**PERANAN HAK ATAS INFORMASI DALAM TRANSAKSI
TERAPEUTIK ANTARA DOKTER SPESIALIS DAN PASIEN DI RUMAH
SAKIT (STUDI KASUS: RUMAH SAKIT KANKER DHARMAIS)**

SKRIPSI

LAKSMITA HESTIRANI

0606029782



UNIVERSITAS INDONESIA

FAKULTAS HUKUM

**PROGRAM KEKHUSUSAN HUKUM TENTANG
HUBUNGAN ANTARA SESAMA ANGGOTA MASYARAKAT**

DEPOK

JUNI 2010

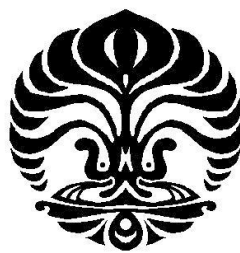
**PERANAN HAK ATAS INFORMASI DALAM TRANSAKSI
TERAPEUTIK ANTARA DOKTER SPESIALIS DAN PASIEN DI RUMAH
SAKIT (STUDI KASUS: RUMAH SAKIT KANKER DHARMAIS)**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Hukum

LAKSMITA HESTIRANI

0606029782



UNIVERSITAS INDONESIA

FAKULTAS HUKUM

**PROGRAM KEKHUSUSAN HUKUM TENTANG
HUBUNGAN ANTARA SESAMA ANGGOTA MASYARAKAT**

DEPOK

JUNI 2010

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber, baik yang dikutip maupun dirujuk,
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Laksmita Hestirani

NPM : 0606029782

Tanda Tangan :

Tanggal : 29 Juni 2010

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh

Nama : Laksmi Hestirani

NPM : 0606029782

Program Studi : Hukum tentang Hubungan antara Sesama Anggota Masyarakat

Judul : PERANAN HAK ATAS INFORMASI DALAM TRANSAKSI TERAPEUTIK ANTARA DOKTER SPESIALIS DAN PASIEN DI RUMAH SAKIT (STUDI KASUS: RUMAH SAKIT KANKER DHARMAIS)

telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian dari persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Hukum pada Program Studi Hukum tentang Hubungan antara Sesama Anggota Masyarakat, Fakultas Hukum, Universitas Indonesia.

Dewan Penguji

Pembimbing 1 : Wahyu Andrianto, S.H., M.H. ()

Pembimbing 2 : Akhmad Budi Cahyono, S.H., M.H. ()

Penguji 1 : Surini Ahlan Sjarif, S.H., M.H. ()

Penguji 2 : Abdul Salam, S.H., M.H. ()

Penguji 3 : Endah Hartati, S.H., M.H. ()

Mengetahui, Kepala

Bidang Studi

Hukum tentang Hubungan antara Sesama Anggota Masyarakat

()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 29 Juni 2010

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Wr. Wb.

Puji syukur saya panjatkan kepada Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Peranan Hak atas Informasi dalam Transaksi Terapeutik antara Dokter Spesialis dan Pasien di Rumah Sakit (Studi Kasus: Rumah Sakit Kanker Dharmais)”. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Hukum di Fakultas Hukum Universitas Indonesia.

Penulis menyadari bahwa penulisan skripsi ini tidak akan terwujud tanpa bantuan dari berbagai pihak yang telah membimbing dan mendukung penulis selama empat tahun masa perkuliahan. Oleh karena itu, penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Wahyu Andrianto, S.H., M.H. selaku Pembimbing I dan Bapak Akhmad Budi Cahyono, S.H., M.H. selaku Pembimbing II, yang telah bersedia meluangkan waktu dan tenaganya untuk memberikan bimbingan, kritik, dan saran kepada penulis sehingga akhirnya penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik.
2. Ibu Surini Ahlan Sjarif, S.H., M.H., Bapak Abdul Salam, S.H., M.H., dan Ibu Endah Hartati, S.H., M.H. selaku para dosen penguji sidang skripsi, yang telah bersedia meluangkan waktu dan tenaganya untuk menguji serta memberikan bimbingan, kritik, dan saran terhadap skripsi penulis.
3. Ibu Dr. Tri Hayati, S.H., M.H. selaku Pembimbing Akademis, yang telah memberikan bimbingan dan dukungan kepada penulis selama masa perkuliahan.
4. Bapak M. Sofyan Pulungan, S.H., M.A. selaku mantan Manajer Kemahasiswaan dan Alumni Fakultas Hukum UI serta Bapak Parulian Aritonang, S.H., LL.M. selaku Manajer Kemahasiswaan dan Alumni Fakultas Hukum UI, yang telah memberikan bimbingan dan dukungan dalam segala kegiatan penulis selama masa perkuliahan.
5. Para dosen pengajar Fakultas Hukum UI, yang telah banyak memberikan bimbingan dan ilmu pengetahuan kepada penulis.

6. dr. Heru Chandratmoko, Sp. JP dan dr. Wresti Indriari, M.M. selaku orang tua penulis, yang selalu memberikan kasih sayang, bimbingan, doa, dan dukungan yang luar biasa kepada penulis. *I chose Health Law for my thesis as a tribute to both of you.* Segala prestasi yang telah penulis capai, termasuk gelar sarjana penulis, dipersembahkan untuk Papa dan Mama.
7. Karina Hestiyani selaku adik penulis, yang secara tidak langsung selalu mendampingi penulis dalam proses penulisan skripsi.
8. Soegihardi dan Soeharti selaku kakek dan nenek penulis, yang selalu mendoakan dan memberikan dukungan kepada penulis.
9. Aruni Larasati, Aryani Try Juniarti, Dayu Tyas Kameswari, Deta Marshavidia Pohan, Difa Adelia, Farah Fadillah, Febriandina, Fina Atikah, Hana Badrina, Harza Sandityo, Herlambang Novita Hapsari, Ilham Wahyu, Jayani Widia Rieska, Karina Annisa Tilova, Kenya Kisizenia, Lesmana, Lidyar Indhira Putri, M. Ibnu Hasan, M. Rinaldo Aditya, M. Rizki Irzawan, Maraya Novarazka, Maurene Ayu Setyorini, Namira Ali Umar, Putri Lenggo Sari, Rafika Widyatama, S. Donda Simanjuntak, Stephanie J.M., Yuliana Siagian, dan teman-teman Fakultas Hukum UI angkatan 2006 yang tidak dapat disebutkan satu per satu, yang telah mendampingi dan mewarnai hari-hari penulis selama menjalani masa perkuliahan di Fakultas Hukum UI. Terima kasih atas segala bimbingan, dukungan, dan keceriaan yang telah kalian berikan kepada penulis.
10. Andara Annisa, Anggarara Cininta, Chentini Prameswari, Femalia Indrainy, Namira Assagaf, dan para junior Fakultas Hukum UI yang tidak dapat disebutkan satu per satu, yang telah penulis anggap seperti adik sendiri. Terima kasih atas segala dukungan dan keceriaan yang telah kalian berikan kepada penulis, semoga kalian dapat menikmati masa perkuliahan di Fakultas Hukum UI sama seperti yang penulis rasakan.
11. Alexander Victory dan para senior Fakultas Hukum UI yang tidak dapat disebutkan satu per satu, yang telah banyak memberikan bimbingan kepada penulis sehingga penulis dapat menjalani dan melewati perkuliahan di Fakultas Hukum UI dengan baik.

12. Ilham Wahyu, Choky Risa Ramadhan, M. Hafizh Alfath, Rafika Widyatama, Sarah Chyntia Pertiwi, Abirul Trison Syahputra, Sarah Faisal Rosa, Arindra Maharany, Sakti Lazuardi, Rian Alvin, Dea Merissa Putri, Dita Rahmasari, Cesar Cahyo Purnomo, M. Hafizh Alfath, Ayu Novita Pramesti, Tupon Setiawan, Ayu Susanti, Adhiningtyas Sahasrakirana, Rantie Septianti, Namira Assagaf, Siti Kemala Nuraida, Farah Fadillah, Maria Kresensia Ayuningtyas, Gina Nurthika, M. Insan Akbar Pradipta, Satriana Dewandari, Devie Nova Dulla, dan seluruh pengurus Badan Eksekutif Mahasiswa (BEM) Fakultas Hukum UI periode 2009 yang tidak dapat disebutkan satu per satu, yang telah bersama-sama melewati berbagai suka dan duka selama menjalani kepengurusan. Terima kasih atas segala pengetahuan dan pengalaman yang telah kalian berikan kepada penulis.
13. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu, yang telah memberikan bimbingan, doa, dan dukungan kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik.

Akhir kata, penulis berharap agar Allah SWT membalas segala kebaikan dari semua pihak yang telah mendampingi dan mendukung penulis selama masa perkuliahan, sampai akhirnya dapat menyelesaikan penulisan skripsi ini. Semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat untuk perkembangan ilmu pengetahuan pada umumnya dan ilmu hukum pada khususnya.

Wassalamualaikum Wr. Wb.

Depok, 29 Juni 2010

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Laksmita Hestirani
NPM : 0606029782
Program Studi : Hukum tentang Hubungan antara Sesama Anggota Masyarakat
Fakultas : Hukum
Jenis Karya : Skripsi

demikian demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Non-eksklusif** (*Non-exclusive Royalty Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

PERANAN HAK ATAS INFORMASI DALAM TRANSAKSI TERAPEUTIK
ANTARA DOKTER SPESIALIS DAN PASIEN DI RUMAH SAKIT (STUDI
KASUS: RUMAH SAKIT KANKER DHARMAIS)

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non-eksklusif ini, Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Tanggal : 29 Juni 2010
Yang menyatakan,

LAKSMITA HESTIRANI

ABSTRAK

Nama : Laksmi Hestirani
Program Studi : Hukum tentang Hubungan antara Sesama Anggota Masyarakat
Judul : PERANAN HAK ATAS INFORMASI DALAM TRANSAKSI TERAPEUTIK ANTARA DOKTER SPESIALIS DAN PASIEN DI RUMAH SAKIT (STUDI KASUS: RUMAH SAKIT KANKER DHARMAIS)

Skripsi ini membahas transaksi terapeutik ditinjau dari Hukum Perjanjian, aspek hukum dalam pelaksanaan *informed consent* antara dokter dan pasien, serta penerapan hak atas informasi di rumah sakit, dengan menggunakan Rumah Sakit Kanker Dharmais sebagai objek studi kasus. Penelitian dalam skripsi ini menggunakan metode yuridis normatif dan mendapatkan data dari studi kepustakaan. Hasil penelitian dalam skripsi ini menyatakan bahwa hubungan dokter dan pasien masih sering tidak seimbang, yang menghasilkan komunikasi dan penerapan hak atas informasi dalam transaksi terapeutik tidak berjalan dengan baik.

ABSTRACT

Name : Laksmita Hestirani
Program : Private Law
Title : THE ROLE OF THE RIGHT TO INFORMATION
IN THERAPEUTIC TRANSACTION BETWEEN
SPECIALISTS AND PATIENTS IN HOSPITAL
(CASE STUDY: DHARMAIS HOSPITAL)

This thesis discusses therapeutic transaction in terms of the Law of Treaties, the legal aspects in the implementation of informed consent between doctors and patients, and the implementation of the right to information in the hospital, using Dharmais Hospital as the object of the case study. This paper used normative juridical methods and getting the data from literature studies. The results of this research state that the relationship of doctors and patients are still often uneven, resulting in the communication and application of the right to information in therapeutic transaction do not go well.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI ILMIAH	vii
ABSTRAK	viii
ABTRACT	ix
DAFTAR ISI.....	x
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 LATAR BELAKANG	1
1.2 POKOK PERMASALAHAN.....	10
1.3 TUJUAN PENELITIAN.....	10
1.4 DEFINISI OPERASIONAL.....	11
1.5 METODE PENELITIAN.....	12
1.6 SISTEMATIKA PENULISAN.....	13
BAB 2 TRANSAKSI TERAPEUTIK DITINJAU DARI HUKUM	
PERJANJIAN	15
2.1 PERJANJIAN PADA UMUMNYA.....	15
2.1.1 Pengertian Perjanjian	15
2.1.2 Asas-asas Perjanjian.....	17
2.1.3 Syarat Sah Perjanjian	19
2.1.4 Jenis Perjanjian	22
2.1.5 Berakhirnya Perjanjian.....	24
2.1.6 Wanprestasi.....	27

2.2	TRANSAKSI TERAPEUTIK	30
2.2.1	Pengertian Transaksi Terapeutik.....	30
2.2.2	Syarat Sah Transaksi Terapeutik	31
2.2.3	Akibat Transaksi Terapeutik.....	34
2.2.4	Sifat Transaksi Terapeutik	36
2.2.5	Asas-asas Transaksi Terapeutik.....	37
BAB 3	ASPEK HUKUM DALAM PELAKSANAAN INFORMED CONSENT ANTARA DOKTER DAN PASIEN.....	45
3.1	DOKTER DAN PASIEN DALAM DUNIA KEDOKTERAN.....	45
3.1.1	Latar Belakang Profesi Dokter.....	45
3.1.2	Pengertian Profesi Dokter	49
3.1.3	Syarat Sah Dokter	52
3.1.4	Jenis Dokter	56
3.1.5	Hak dan Kewajiban Dokter dan Pasien	61
3.2	INFORMED CONSENT	69
3.2.1	Latar Belakang Informed Consent.....	69
3.2.2	Pengertian Informed Consent	73
3.2.3	Informed Consent dalam Pelayanan Medis	76
3.2.4	Informed Consent dalam Peraturan Perundang-undangan	79
3.2.5	Informed Consent dalam Hukum Perjanjian.....	84
3.2.6	Konsekuensi dari Ketiadaan Informed Consent	87
BAB 4	PENERAPAN HAK ATAS INFORMASI DI RUMAH SAKIT (STUDI KASUS: RUMAH SAKIT KANKER DHARMAIS).....	90
4.1	RUMAH SAKIT DALAM DUNIA KEDOKTERAN.....	90
4.1.1	Sejarah Rumah Sakit.....	90
4.1.2	Pengertian Rumah Sakit.....	95

4.1.3 Hak dan Kewajiban Rumah Sakit.....	97
4.1.4 Tanggung Jawab Rumah Sakit.....	104
4.2 STUDI KASUS.....	106
4.2.1 Sejarah Rumah Sakit Kanker Dharmais	106
4.2.2 Profil Rumah Sakit Kanker Dharmais	108
4.2.3 Penerapan Informed Consent di Rumah Sakit Kanker Dharmais.....	111
4.2.4 Kasus Posisi	113
4.2.5 Analisis Kasus.....	114
BAB 5 PENUTUP.....	120
5.1 KESIMPULAN.....	120
5.2 SARAN.....	122
DAFTAR PUSTAKA	125
LAMPIRAN	

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Dahulu, dokter sebagai pemberi jasa pelayanan kesehatan dianggap tahu segalanya (*father knows best*) oleh pasien, sehingga melahirkan hubungan yang paternalistik antara sang pengobat (dokter) dengan si sakit (pasien) sebagai penerima jasa pelayanan kesehatan. Pola hubungan paternalistik ini identik dengan pola hubungan vertikal, di mana kedudukan atau posisi antara pemberi jasa pelayanan kesehatan dengan penerima jasa pelayanan kesehatan tidak sederajat. Pemberi jasa pelayanan kesehatan mengetahui tentang segala sesuatu yang berkaitan dengan penyakit, sedangkan penerima jasa pelayanan kesehatan tidak tahu apa-apa tentang penyakitnya, apalagi tentang cara menyembuhkannya. Oleh karena itu dalam hubungan yang paternalistik ini, si sakit menyerahkan nasib sepenuhnya kepada sang pengobat.¹

Kedudukan dan peran sang pengobat dianggap lebih tinggi oleh si sakit karena keadaan psikobiologis si sakit memberikan peringatan bahwa sang pengobatlah yang dianggap mampu untuk memberikan pertolongan berdasarkan kemampuan profesionalnya. Sebaliknya, sebagai akibat dari adanya hubungan paternalistik yang berprinsip *father knows best* ini, sang pengobat harus mengupayakan untuk dapat bertindak sebagai “bapak yang baik” dengan memperlakukan pasien sebagai seorang anak (*tender loving care*).²

Semakin meningkatnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap tanggung jawab atas kesehatannya sendiri, mengakibatkan pergeseran paradigma yang berlaku dari kepercayaan yang semula tertuju pada kemampuan dokter secara pribadi, sekarang bergeser ke arah kemampuan ilmu dari sang pengobat. Dari sinilah kemudian timbul kesadaran warga masyarakat untuk menuntut adanya hubungan yang seimbang antara dokter sebagai pemberi jasa pelayanan

¹ Hermien Hadijati Koeswadji (a), *Hukum Kedokteran: Studi tentang Hubungan Hukum dalam mana Dokter sebagai Salah Satu Pihak*, (Bandung: Citra Aditya Bakti, 1998), hal. 37.

² Anny Isfandyarie, *Tanggung Jawab Hukum dan Sanksi bagi Dokter*, (Jakarta: Prestasi Pustaka, 2006), hal. 89-90.

kesehatan dengan pasien sebagai pihak penerima jasa pelayanan kesehatan, di mana pasien tidak lagi sepenuhnya pasrah kepada dokter.³

Oleh Dassen, perkembangan hubungan antara dokter dan pasien digambarkan sebagai berikut:

1. Pasien pergi ke dokter karena merasa ada sesuatu yang membahayakan kesehatannya, sehingga memerlukan pertolongan dokter sebagai pribadi yang mempunyai kelebihan karena kemampuan mengobati yang dimilikinya. Dari sudut pandang pasien yang menyerahkan nasibnya kepada dokter, dokter dianggap mempunyai peranan yang lebih penting dan kedudukannya lebih tinggi dari pasien.
2. Pasien pergi ke dokter karena mengetahui dirinya sakit dan dokter akan mampu untuk menyembuhkannya. Pasien yang mulai menyadari haknya terhadap pelayanan kesehatan, yang merupakan kewajiban dokter terhadap dirinya, menganggap bahwa kedudukannya sama dengan dokter tetapi tetap menyadari bahwa peranan dokter lebih penting dari dirinya.
3. Pasien pergi ke dokter untuk mendapatkan pemeriksaan yang intensif dan mengobati penyakit yang biasanya diperintahkan oleh pihak ketiga, misalnya asuransi. Dalam hal ini, sifat pemeriksaan adalah preventif.⁴

Beberapa ahli yang telah melakukan penelitian tentang hubungan antara dokter dan pasien, baik di bidang medis maupun sosiologis dan antropologis, antara lain yaitu:

1. Russel menyatakan bahwa hubungan antara dokter dan pasien lebih merupakan hubungan kekuasaan, yaitu hubungan antara pihak yang memiliki wewenang (dokter) sebagai pihak yang aktif, dengan pasien sebagai pihak yang pasif dan lemah.

³ *Ibid.*, hal. 90.

⁴ Veronica Komalawati (a), *Peranan Informed Consent dalam Transaksi Terapeutik: Persetujuan dalam Hubungan Dokter dan Pasien (Suatu Tinjauan Yuridis)*, (Bandung: Citra Aditya Bakti, 2002), hal. 39.

2. Freidson, Freeborn, dan Darsky menyebutkan bahwa hubungan antara dokter dan pasien merupakan pelaksanaan kekuasaan medis oleh dokter terhadap pasien.
3. Schwarz dan Kart mengungkapkan adanya pengaruh jenis praktik dokter terhadap perimbangan kekuasaan antara pasien dengan dokter dalam hubungan pelayanan kesehatan. Dalam praktik dokter umum, kendali ada pada pasien karena kedatangan pasien sangat diharapkan oleh dokter umum tersebut. Sedangkan pada jenis praktik dokter spesialis, kendali ada pada dokter umum sebagai pihak yang merujuk pasiennya untuk berkonsultasi kepada dokter spesialis yang dipilihnya. Hal ini berarti bahwa hubungan pasien dengan dokter umum lebih seimbang daripada hubungan pasien dengan dokter spesialis.
4. Kisch dan Reeder meneliti seberapa jauh pasien dapat memegang kendali hubungan dan menilai penampilan kerja serta mutu pelayanan medis yang diberikan oleh dokter kepada pasien. Dalam penelitian ini, ditemukan adanya beberapa faktor yang dapat mempengaruhi peran pasien dalam hubungan pelayanan medis, misalnya jenis praktik dokter (praktik individual atau praktik bersama/berkelompok, dan lain-lain). Masing-masing kedudukan tersebut merupakan variabel yang diperlukan, yang dapat memberikan dampak terhadap mutu pelayanan medis yang diterimanya.
5. Szasz dan Hollender mengemukakan tiga jenis prototipe hubungan antara dokter dan pasien, yaitu hubungan antara orang tua dengan anak, antara orang tua dengan remaja, dan antara sesama orang dewasa.⁵

Sarjana lain yang bernama Thiroux membagi hubungan yang seharusnya antara dokter dan pasien dalam tiga sudut pandang, yaitu:

1. Pandangan paternalisme, menghendaki dokter untuk berperan sebagai orang tua terhadap pasien atau keluarganya. Dalam pandangan ini, segala keputusan tentang pengobatan dan perawatan berada dalam tangan dokter sebagai pihak yang mempunyai pengetahuan tentang pengobatan, sedangkan pasien dianggap tidak mempunyai pengetahuan sama sekali di bidang pengobatan.

⁵ *Ibid.*, hal. 43-44.

Seluruh informasi yang dapat diberikan kepada pasien merupakan kewenangan dokter dan asisten profesionalnya, sehingga pasien tidak boleh ikut campur di dalam pengobatan yang dianjurkan.

2. Pandangan individualisme, beranggapan bahwa pasien mempunyai hak mutlak atas tubuh dan nyawanya sendiri. Oleh karena itu, semua keputusan tentang pengobatan dan perawatan sepenuhnya berada di tangan pasien yang mempunyai hak atas dirinya sendiri.
3. Pandangan *reciprocal* dan *collegial*, yang mengelompokkan pasien dan keluarganya sebagai inti dalam kelompok, sedangkan dokter, perawat, dan para profesional kesehatan lainnya harus bekerja sama untuk melakukan yang terbaik bagi pasien dan keluarganya. Hak pasien atas tubuh dan nyawanya tidak dipandang sebagai hal yang mutlak menjadi kewenangan pasien, tetapi dokter dan staf medis lainnya harus memandang tubuh dan nyawa pasien sebagai prioritas utama yang menjadi tujuan pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, pasien harus dijelaskan tentang prosedur yang akan diterimanya dan diberikan hak untuk memilih alternatif pengobatan yang dilakukan terhadap dirinya, yang dikenal dengan istilah *informed consent*. Keputusan yang diambil dalam perawatan dan pengobatan harus bersifat *reciprocal*, yang artinya memberi dan menerima, serta *collegial*, yang berarti pendekatan yang dilakukan merupakan pendekatan kelompok atau tim yang setiap anggotanya mempunyai masukan dan tujuan yang sama.⁶

Ada dua pola hubungan antara dokter dan pasien, yaitu pola hubungan vertikal yang paternalistik dan pola hubungan horizontal yang kontraktual. Dalam hubungan vertikal, kedudukan atau posisi antara dokter sebagai pemberi jasa pelayanan kesehatan tidak sederajat dengan pasien sebagai pengguna atau penerima jasa pelayanan kesehatan. Sedangkan dalam pola hubungan horizontal yang kontraktual, antara penerima dan pemberi jasa pelayanan kesehatan mempunyai kedudukan yang sederajat.⁷

Dalam pola hubungan horizontal kontraktual ini, hubungan yang sederajat merupakan titik tolak dari hubungan yang menghendaki adanya kesepakatan antara para pihak untuk saling memberikan prestasi atau jasa, dengan berbuat atau

⁶ Isfandyarie, *op. cit.*, hal. 92-94.

⁷ Koeswadji (a), *op. cit.*, hal. 46.

tidak berbuat sesuatu, antara pemberi dengan penerima jasa pelayanan kesehatan. Masing-masing pihak dianggap mempunyai pengetahuan yang sama tentang penyakit dan cara-cara penyembuhannya, sehingga bila salah satu pihak merasa tidak sesuai atau tidak puas dengan pelaksanaan perjanjian tersebut, maka para pihak mempunyai hak untuk membatalkan perjanjian.⁸

Prinsip yang mendasari pola hubungan horizontal kontraktual ini pada hakikatnya merupakan jual-beli jasa antara penjual jasa pelayanan kesehatan dengan penerima atau pembeli jasa pelayanan kesehatan, yang dalam Hukum Perjanjian dapat diidentikkan dengan hubungan antara produsen dengan konsumen. Unsur konsumeristik ini tampak karena si sakit merasa sebagai konsumen jasa pelayanan kesehatan, sedangkan sang pengobat merasa sebagai penjual jasa pelayanan kesehatan.⁹

Menurut hukum, hubungan dokter dan pasien merupakan suatu perjanjian yang objeknya berupa pelayanan medis atau upaya penyembuhan, yang dikenal sebagai transaksi terapeutik. Perikatan yang timbul dari transaksi terapeutik itu disebut *inspanningsverbintenis*, yaitu suatu perikatan yang harus dilakukan dengan hati-hati dan usaha keras (*met zorg en inspanning*). Karena prestasinya berupa suatu upaya, maka hasilnya jelas belum pasti. Akibatnya, apabila upaya itu gagal, dalam arti pasien tidak menjadi sembuh atau bahkan meninggal, hal ini merupakan risiko yang harus dipikul oleh dokter maupun pasien.¹⁰

Sebagaimana perikatan pada umumnya, maka terhadap transaksi terapeutik juga berlaku ketentuan-ketentuan umum Hukum Perikatan, sebagaimana diatur dalam Buku III Kitab Undang-undang Hukum Perdata (KUHPerdata). Sebagai suatu perikatan, di dalam transaksi terapeutik terdapat dua pihak, yaitu dokter sebagai pemberi pelayanan medis dan pasien sebagai penerima pelayanan medis, hak dokter di satu pihak dan kewajiban pasien di lain pihak secara timbal balik, serta prestasi yang harus dilaksanakan oleh masing-masing pihak. Oleh karena itu dalam transaksi terapeutik antara dokter dan pasien, kita jumpai hak-hak pasien di

⁸ Isfandyarie, *op. cit.*, hal. 94.

⁹ *Ibid.*, hal. 94-95.

¹⁰ Veronica Komalawati (b), *Hukum dan Etika dalam Praktik Dokter*, (Jakarta: Pustaka Sinar Harapan, 1989), hal. 84.

satu pihak dan pada pihak lain terdapat kewajiban-kewajiban dari dokter, demikian pula sebaliknya.¹¹

Pada dasarnya, transaksi terapeutik antara dokter dan pasien bertumpu pada dua macam hak asasi manusia yang merupakan hak dasar manusia, yaitu:

1. Hak untuk menentukan nasibnya sendiri (*the right to self-determination*).
2. Hak atas informasi (*the right to information*).¹²

Hak untuk menentukan nasibnya sendiri dapat ditemukan dasarnya dalam *International Covenant on Civil and Political Rights* (ICCPR), khususnya Pasal 1 yang berbunyi:

“... *All people have the right of self-determination. By virtue of the right, they freely determine their political status and freely pursue their economic, social, and cultural development.*”¹³

Hak di atas juga telah diakui di Indonesia, yang telah meratifikasi ICCPR melalui Undang-undang Nomor 12 Tahun 2005 tentang Pengesahan *International Covenant on Civil and Political Rights* (UU Pengesahan ICCPR). Pasal 1 ayat (1) UU ini menyatakan bahwa semua bangsa berhak untuk menentukan nasibnya sendiri. Berdasarkan hak tersebut, mereka bebas untuk menentukan status politik serta mengejar kemajuan ekonomi, sosial, dan budaya masing-masing.¹⁴

Sedangkan hak atas informasi dapat ditemukan dasarnya di dalam Deklarasi Helsinki, yaitu dalam bab *Clinical Research Combined with Professional Care*, yang di antaranya berbunyi:

¹¹ *Ibid.*, hal. 84-85.

¹² Hermien Hadijati Koeswadji (b), *Hukum Kedokteran di Dunia Internasional*, (Jakarta: BPHN - Depkes - IDI, 1983), hal. 10-11.

¹³ Komalawati (b), *op. cit.*, hal. 85.

¹⁴ Indonesia (a), *Undang-undang tentang Pengesahan International Covenant on Civil and Political Rights*, UU No. 12 Tahun 2005, ps. 1 ayat (1).

“... *If at all possible, consistent with patient psychology, the doctor should obtain the patient’s freely given consent after the patient has been given a full explanation ...*”;¹⁵

dan juga dalam bab *Non-Therapeutic Clinical Research* yang berbunyi:

“... *Clinical research on a human being cannot be undertaken without his free consent after he has been informed; ... if he is ... etc.*”¹⁶

Dengan kedua hak dasar tersebut, dokter dan pasien bersama-sama menemukan terapi yang paling tepat yang akan digunakan. Sebab dalam hubungan dokter dan pasien, kedudukan pasien sederajat dengan dokter. Bahkan status pasien dalam ilmu kedokteran pun tidak lagi sebagai objek, tetapi sebagai subjek yang berkedudukan sederajat dengan dokter. Oleh karena itu sebelum upaya penyembuhan dilakukan, diperlukan adanya *informed consent*. Persetujuan pasien tersebut didasarkan atas informasi dari dokter mengenai penyakit, alternatif upaya pengobatan, serta segala akibat yang mungkin timbul dari upaya pengobatan itu.¹⁷

Pasien adalah individu yang paling berkepentingan terhadap semua yang akan terjadi pada tubuhnya dengan segala akibatnya. Oleh karena itu dalam transaksi terapeutik, adanya *informed consent* merupakan hak pasien yang harus dipenuhi sebelum ia menjalani suatu upaya medis yang dilakukan dokter untuk menolong dirinya. Secara hukum, hak merupakan suatu kewenangan seseorang untuk berbuat maupun tidak berbuat, sehingga pasien mempunyai kebebasan untuk menggunakan ataupun tidak menggunakannya.¹⁸

Komalawati mengemukakan pendapatnya tentang *informed consent* sebagai berikut:

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ *Ibid.*, hal. 86.

¹⁸ Isfandyarie, *op. cit.*, hal. 128-129.

1. *Informed consent* merupakan alat untuk memungkinkan penentuan nasib sendiri bagi pasien, serta hal yang membuat hak pasien atas informasi terpenuhi dalam pelaksanaan praktik dokter.
2. *Informed consent* dimaksudkan untuk melindungi hak individual pasien dari tindakan tidak sah atas integritasnya oleh dokter, serta juga dapat melindungi dokter dari tuntutan pelanggaran hak atas integritas pribadi pasien.
3. Dasar pertimbangan kewajiban memberikan informasi atas setiap tindakan medik yang akan dilakukan oleh dokter adalah persetujuan pasien. Oleh karena itu, agar pasien dapat memberikan keputusan untuk menyetujui dilakukannya tindakan medik tertentu dalam pengobatan atau perawatan, pasien harus memahami permasalahan kesehatan yang dihadapinya. Untuk itu, diperlukan informasi yang sejelas-jelasnya dari dokter tentang tujuan, cara, dan manfaat yang dapat diharapkan dari tindakan medik tertentu, serta risiko yang mungkin timbul sebagai akibat dari tindakan tersebut, sehingga timbul kepercayaan pasien terhadap dokter yang menanganinya.
4. Dokter, sebagai tenaga profesional di bidang kedokteran, mempunyai kemampuan yang sangat dibutuhkan oleh pasien yang merasa tidak berdaya untuk mengatasi masalah kesehatannya. Di sisi lain, guna tercapainya tujuan pengobatan dan perawatan yang dilakukan oleh dokter terhadap pasien, diperlukan informasi yang akurat dari pasien tentang riwayat penyakitnya. Maka, hubungan interpersonal antara dokter dan pasien merupakan kegiatan terpenting yang sangat bermanfaat bagi kesembuhan pasien dan keberhasilan dokter dalam memberikan pengobatan.¹⁹

Karena bentuk hubungan dokter dan pasien yang sederajat ini, maka hubungan antara dokter dan pasien dapat terjalin dengan baik apabila dokter dapat mengadakan komunikasi timbal balik dengan pasiennya. Tetapi berdasarkan data dari Majelis Kehormatan Etik Kedokteran (MKEK) DKI Jakarta, antara tahun 1998-2010 terdapat lebih dari 100 kasus pengaduan terhadap profesi dokter. Hal yang paling sering menjadi awal permasalahan adalah kelemahan komunikasi antara dokter dengan pasien atau antara rumah sakit dengan pasien.²⁰

¹⁹ Komalawati (a), *op. cit.*, hal. 171.

²⁰ “Masalah Komunikasi Dokter dan Pasien di Indonesia”, http://www.ilunifk.com/berita_more.php?id=45_0_3_0_M, 19 Maret 2010.

Hal lain yang memprihatinkan adalah fakta bahwa lebih dari 100.000 warga Indonesia berobat ke Singapura setiap tahunnya. Selain Singapura, tujuan berobat pasien asal Indonesia lainnya adalah Malaysia dan Cina. *General Manager National Healthcare Group International Business Development Unit (NHG IBDU)* juga menyatakan bahwa 50% dari jumlah pasien internasional yang berobat ke Singapura adalah warga Indonesia.²¹

Salah satu faktor utama yang menyebabkan peningkatan kebiasaan berobat ke luar negeri adalah hubungan serta cara berkomunikasi antara dokter dan pasien di Indonesia yang kurang baik. Cara berkomunikasi dokter dan pasien di Indonesia masih kalah bila dibandingkan dengan dokter-dokter di luar negeri, padahal secara medis kemampuan dokter-dokter Indonesia tidak kalah dengan dokter luar negeri. Selain itu, dokter dan pasien di Indonesia padahal menggunakan bahasa yang sama, yaitu bahasa Indonesia. Persamaan bahasa seharusnya lebih membantu dokter-dokter Indonesia dalam menjalin komunikasi dengan pasien, misalnya dalam menjelaskan penyakit yang diderita serta memperlihatkan empati. Fakta ini membuktikan betapa lemahnya komunikasi antara dokter dan pasien di Indonesia.²²

Kelemahan komunikasi antara dokter dan pasien mengakibatkan kurang terjalinnya hubungan yang baik antar individu. Komunikasi yang baik juga memiliki peran penting dalam hal mengumpulkan informasi yang akurat mengenai kondisi pasien. Penelitian terhadap dokter bedah ortopedi menunjukkan bahwa mereka yang membina hubungan baik dengan pasien, meluangkan waktu untuk memberikan penjelasan, serta bersedia dihubungi oleh pasien memiliki tuntutan hukum yang lebih sedikit.²³

Beberapa pasien mengungkapkan bahwa mereka sangat puas berobat di Singapura, karena dapat berkonsultasi dengan dokter hingga satu jam. Di Indonesia, bila seorang pasien dapat berkonsultasi dengan dokter selama 15 menit, maka hal tersebut sudah merupakan hal yang langka, terutama pada dokter yang

²¹ *Ibid.*

²² *Ibid.*

²³ *Ibid.*

laris. Sebagian besar hubungan antara dokter dan pasien pun hanya bersifat satu arah, karena jumlah pasien yang banyak dan waktu yang terbatas.²⁴

Saat ini, persaingan global dalam bidang pelayanan kesehatan tidak dapat dipungkiri lagi. Tuntutan para pengguna jasa pelayanan kesehatan juga semakin meningkat. Beberapa hal di atas memperlihatkan bahwa dokter Indonesia harus berbenah diri bila ingin bertahan dalam persaingan yang semakin ketat serta memiliki hubungan yang baik dan mutual dengan pasien, terutama yang berkaitan dengan transaksi terapeutik.²⁵

1.2 POKOK PERMASALAHAN

Sesuai dengan uraian latar belakang permasalahan di atas, maka dapat dirumuskan hal-hal yang menjadi pokok permasalahan dalam skripsi ini, yaitu:

1. Bagaimana pola transaksi terapeutik ditinjau dari Hukum Perjanjian?
2. Bagaimana aspek hukum dalam pelaksanaan *informed consent* antara dokter spesialis dan pasien?
3. Bagaimana penerapan hak atas informasi antara dokter spesialis dan pasien di rumah sakit ditinjau dari Hukum Perjanjian?

1.3 TUJUAN PENELITIAN

Tujuan umum dari penelitian dalam skripsi ini yaitu untuk memberikan pemahaman mengenai transaksi terapeutik. Sedangkan tujuan khususnya yaitu:

1. Memberikan pemahaman mengenai pola transaksi terapeutik ditinjau dari Hukum Perjanjian.
2. Memberikan pemahaman mengenai aspek hukum dalam pelaksanaan *informed consent* antara dokter spesialis dan pasien.
3. Memberikan pemahaman mengenai penerapan hak atas informasi antara dokter spesialis dan pasien di rumah sakit ditinjau dari Hukum Perjanjian.

²⁴ *Ibid.*

²⁵ *Ibid.*

1.4 DEFINISI OPERASIONAL

Dalam skripsi ini akan dipakai istilah-istilah dalam bidang hukum maupun kedokteran. Definisi dari istilah-istilah tersebut yaitu:

1. *Informed consent* adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekat setelah mendapatkan penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan terhadap pasien.²⁶
2. Dokter dan dokter gigi adalah dokter, dokter spesialis, dokter gigi, dan dokter gigi spesialis lulusan pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi, baik di dalam maupun di luar negeri, yang diakui oleh pemerintah Republik Indonesia sesuai dengan peraturan perundang-undangan.²⁷
3. Perjanjian adalah suatu perbuatan dengan mana satu orang atau lebih mengikatkan dirinya terhadap satu orang atau lebih.²⁸
4. *Inspanningsverbintenis* adalah suatu hubungan hukum atau perjanjian yang didasarkan pada daya upaya maksimum.²⁹
5. *Resultaatsverbintenis* adalah suatu hubungan hukum atau perjanjian yang didasarkan pada suatu hasil kerja.³⁰
6. Malpraktik adalah suatu tindakan atau perbuatan medik yang dilakukan atau diselenggarakan dengan jalan tidak baik atau salah, tidak sesuai dengan norma.³¹
7. *Zaakwarneming* adalah jika seseorang dengan sukarela, dengan tidak mendapatkan perintah untuk itu, mewakili urusan orang lain dengan atau tanpa sepengetahuan orang ini, maka ia secara diam-diam mengikatkan

²⁶ Departemen Kesehatan, *Peraturan Menteri Kesehatan tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran*, Permenkes No. 290 Tahun 2008, ps. 1 butir 1.

²⁷ *Ibid.*, ps. 1 butir 6.

²⁸ Indonesia (b), *Kitab Undang-undang Hukum Perdata*, diterjemahkan oleh Subekti dan R. Tjitrosudibio, (Jakarta: Pradnya Paramita, 1976), ps. 1313.

²⁹ Fred Ameln (a), *Kapita Selekta Hukum Kedokteran*, (Jakarta: Grafikatama Jaya, 1991), hal. 42.

³⁰ *Ibid.*

³¹ *Ibid.*, hal. 82.

dirinya untuk meneruskan serta menyelesaikan urusan tersebut, hingga orang yang diwakili kepentingannya dapat mengerjakan sendiri urusan itu.³²

8. Transaksi terapeutik adalah suatu perjanjian yang objeknya berupa pelayanan medis atau upaya penyembuhan.³³

1.5 METODE PENELITIAN

Dalam skripsi ini, penulis melakukan penelitian kepustakaan, yaitu penelitian yang menekankan pada penggunaan data sekunder atau berupa norma hukum tertulis dan/atau wawancara dengan informan serta narasumber. Dari penelitian kepustakaan, penulis mendapatkan beberapa bahan hukum yang merupakan data sekunder, yaitu data yang diperoleh langsung melalui penelusuran kepustakaan atau dokumentasi, meliputi:

1. Bahan hukum primer, melalui peraturan perundang-undangan yang berhubungan dengan transaksi terapeutik maupun peraturan perundang-undangan lainnya yang terkait. Peraturan-peraturan tersebut antara lain Kitab Undang-undang Hukum Perdata, Undang-undang tentang Kesehatan, Undang-undang tentang Praktik Kedokteran, Undang-undang tentang Rumah Sakit, Peraturan Menteri Kesehatan, dan lain-lain.
2. Bahan hukum sekunder, melalui bahan-bahan yang memberikan penjelasan terhadap bahan hukum primer, seperti buku-buku dan artikel-artikel yang berhubungan dengan transaksi terapeutik. Buku-buku yang digunakan antara lain Kapita Selekta Hukum Kedokteran; Penuntun Kuliah Hukum Kedokteran; Segi-Segi Etis dan Yuridis *Informed Consent*; Hukum dan Etika dalam Praktik Dokter; Tanggung Jawab Hukum dan Sanksi bagi Dokter; Hukum Medik; Hukum Kedokteran, Penanggulangan Konflik, dan Perlindungan Hukum bagi Dokter; Etik, Hukum Kesehatan, dan Kedokteran; dan lain-lain.
3. Bahan hukum tersier, melalui bahan-bahan yang dapat mendukung penulis dalam mempelajari bahan hukum primer dan bahan hukum sekunder, seperti kamus dan ensiklopedi.

³² Indonesia (b), *op. cit.*, ps. 1354.

³³ Komalawati (b), *op. cit.*, hal. 84.

Alat pengumpulan data yang digunakan dalam skripsi ini adalah studi kepustakaan yang bersifat yuridis normatif, yang berhubungan dengan hal-hal yang dibahas dalam skripsi ini. Tipe penelitian dalam skripsi ini adalah penelitian yang bersifat deskriptif. Penelitian deskriptif adalah penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk memberikan gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan secara objektif. Dalam skripsi ini, penelitian deskriptif digunakan untuk memberikan gambaran yang jelas tentang transaksi terapeutik antara dokter dan pasien, terutama dalam hal penerapan hak atas informasi. Metode analisis yang digunakan adalah analisis data yang bersifat kualitatif, yaitu mengumpulkan semua data yang diperlukan lalu dicari hubungannya secara sistematis dan logis untuk dijadikan dasar dalam mengambil kesimpulan.

1.6 SISTEMATIKA PENULISAN

Skripsi ini terdiri dari lima bab yang kemudian dibagi ke dalam beberapa subbab, yaitu:

BAB 1: PENDAHULUAN

Bab ini membahas latar belakang, pokok permasalahan, tujuan penelitian, definisi operasional, metode penelitian, dan sistematika penulisan.

BAB 2: TRANSAKSI TERAPEUTIK DITINJAU DARI HUKUM PERJANJIAN

Bab ini membahas perjanjian pada umumnya dan transaksi terapeutik. Pembahasan perjanjian pada umumnya terdiri dari pengertian perjanjian, asas-asas perjanjian, syarat sah perjanjian, jenis perjanjian, berakhirnya perjanjian, dan wanprestasi. Pembahasan transaksi terapeutik terdiri dari pengertian transaksi terapeutik, syarat sah transaksi terapeutik, akibat transaksi terapeutik, sifat transaksi terapeutik, dan asas-asas transaksi terapeutik.

BAB 3: ASPEK HUKUM DALAM PELAKSANAAN INFORMED CONSENT ANTARA DOKTER DAN PASIEN

Bab ini membahas dokter dan pasien dalam dunia kedokteran serta *informed consent*. Pembahasan dokter dan pasien dalam dunia kedokteran terdiri dari latar belakang profesi dokter, pengertian profesi dokter, syarat sah dokter, jenis dokter, serta hak dan kewajiban dokter dan pasien. Pembahasan *informed consent* terdiri dari latar belakang *informed consent*, pengertian *informed consent*, *informed consent* dalam pelayanan medis, *informed consent* dalam peraturan perundang-undangan, *informed consent* dalam Hukum Perjanjian, dan konsekuensi dari ketiadaan *informed consent*.

BAB 4: PENERAPAN HAK ATAS INFORMASI DI RUMAH SAKIT (STUDI KASUS: RUMAH SAKIT KANKER DHARMAIS)

Bab ini membahas rumah sakit dalam dunia kedokteran dan studi kasus. Pembahasan rumah sakit dalam dunia kedokteran terdiri dari sejarah rumah sakit, pengertian rumah sakit, hak dan kewajiban rumah sakit, serta tanggung jawab rumah sakit. Pembahasan studi kasus terdiri dari sejarah Rumah Sakit Kanker Dharmais, profil Rumah Sakit Kanker Dharmais, penerapan *informed consent* di Rumah Sakit Kanker Dharmais, kasus posisi, dan analisis kasus.

BAB 5: PENUTUP

Bab ini menguraikan kesimpulan dan saran penulis terhadap permasalahan-permasalahan yang dibahas dalam skripsi ini.

BAB 2

TRANSAKSI TERAPEUTIK DITINJAU DARI HUKUM PERJANJIAN

2.1 PERJANJIAN PADA UMUMNYA

2.1.1 Pengertian Perjanjian

Perjanjian adalah suatu peristiwa di mana seseorang berjanji kepada seorang lain, atau di mana dua orang itu saling berjanji untuk melaksanakan suatu hal.³⁴ Menurut Pasal 1313 KUHPerdara, perjanjian adalah suatu perbuatan dengan mana satu pihak atau lebih mengikatkan dirinya terhadap satu orang atau lebih.

Pasal 1340 KUHPerdara menentukan bahwa perjanjian hanya berlaku antara pihak-pihak yang membuatnya. Perjanjian-perjanjian itu tidak dapat membawa rugi kepada pihak ketiga, tidak dapat pula pihak ketiga mendapatkan manfaat karenanya.³⁵

Pasal 1233 KUHPerdara menyatakan bahwa tiap-tiap perikatan dilahirkan karena persetujuan atau undang-undang. Dari perjanjian, timbul suatu hubungan antara pihak yang satu dengan pihak yang lain, yang dinamakan perikatan. Perikatan adalah suatu hubungan hukum antara dua orang atau pihak, berdasarkan mana pihak yang satu berhak menuntut suatu hal dari pihak yang lain, dan pihak yang lain berkewajiban untuk memenuhi tuntutan itu.³⁶

Kata “perikatan” (*verbinten*) mempunyai arti yang lebih luas dari kata “perjanjian”, karena Buku III KUHPerdara juga mengatur hubungan hukum yang sama sekali tidak bersumber pada suatu persetujuan atau perjanjian, yaitu perihal perikatan yang timbul dari perbuatan yang melanggar hukum (*onrechtmatige daad*) dan perihal perikatan yang timbul dari pengurusan kepentingan orang lain yang tidak berdasarkan persetujuan (*zaakwarneming*).³⁷ Perikatan sendiri dapat dibedakan ke dalam beberapa jenis, yaitu:

³⁴ Subekti (a), *Hukum Perjanjian*, (Jakarta: Intermasa, 2002), hal. 1.

³⁵ Wahyono Darmabrata, *Hukum Perdata: Pembahasan mengenai Asas-asas Hukum Perdata*, (Jakarta: Gitama Jaya, 2004), hal. 35.

³⁶ Subekti (a), *op. cit.*, hal. 1.

³⁷ Subekti (b), *Pokok-pokok Hukum Perdata*, (Jakarta: Intermasa, 2001), hal. 122.

1. Perikatan untuk memberikan sesuatu, berbuat sesuatu, dan tidak berbuat sesuatu.
2. Perikatan bersyarat.
3. Perikatan dengan ketetapan waktu.
4. Perikatan pilihan atau alternatif.
5. Perikatan tanggung-menanggung (*hoofdelijk*).
6. Perikatan yang dapat dibagi dan yang tidak dapat dibagi.
7. Perikatan dengan ancaman hukuman.³⁸

Unsur-unsur perikatan antara lain yaitu:

1. Adanya hubungan hukum.
2. Biasanya mengenai kekayaan atau harta benda.
3. Antara dua orang atau lebih.
4. Memberikan hak kepada pihak yang satu, yaitu kreditur.
5. Adanya prestasi.³⁹

Mengenai sumber-sumber perikatan, oleh Pasal 1233 KUHPerdara diterangkan bahwa suatu perikatan dapat lahir dari persetujuan atau undang-undang. Perikatan yang lahir dari undang-undang dapat dibagi ke dalam perikatan yang lahir dari undang-undang saja dan yang lahir dari undang-undang karena suatu perbuatan. Perikatan yang lahir dari undang-undang saja adalah perikatan yang dengan terjadinya peristiwa-peristiwa tertentu, ditetapkan melahirkan suatu hubungan hukum antara pihak-pihak yang bersangkutan, terlepas dari kemauan pihak-pihak tersebut.⁴⁰ Sedangkan perikatan yang lahir dari undang-undang karena suatu perbuatan dapat dibagi lagi menjadi perikatan yang lahir dari suatu perbuatan yang diperbolehkan dan yang lahir dari perbuatan yang berlawanan dengan hukum.⁴¹

Berdasarkan uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa hubungan antara perikatan dan perjanjian adalah perjanjian menerbitkan perikatan.⁴² Oleh karena

³⁸ I.G. Rai Wijaya, *Merancang Suatu Kontrak*, (Jakarta: Kesaint Blanc, 2002), hal. 24.

³⁹ *Ibid.*, hal. 16.

⁴⁰ Mariam Darus Badruzaman (a), *Kompilasi Hukum Perikatan*, (Bandung: Citra Aditya Bakti, 2001), hal. 7.

⁴¹ Subekti (b), *op. cit.*, hal. 123.

⁴² Subekti (a), *loc. cit.*

itu, hukum perikatan terdiri dari dua golongan besar, yaitu hukum perikatan yang bersumber dari undang-undang dan hukum perikatan yang bersumber dari perjanjian.

Perikatan merupakan suatu pengertian yang abstrak, sedangkan perjanjian adalah suatu hal yang konkrit atas suatu peristiwa.⁴³ Kita tidak dapat melihat perikatan dan hanya dapat membayangkannya dalam alam pikiran kita, tetapi kita dapat melihat dan membaca suatu perjanjian.

2.1.2 Asas-asas Perjanjian

Buku III KUHPerdara menganut sistem terbuka, artinya segala pengaturan dalam Hukum Perjanjian diberikan sebebaskan-bebasnya kepada masyarakat asalkan tidak bertentangan dengan undang-undang, ketertiban umum, dan kesusilaan. Pasal-pasal mengenai Hukum Perjanjian yang diatur dalam KUHPerdara dianggap sebagai hukum pelengkap yang boleh dikesampingkan apabila dikehendaki oleh para pihak yang membuat perjanjian. Apabila mereka tidak mengatur sendiri suatu hal, maka mengenai suatu hal tersebut tunduk terhadap pasal-pasal di KUHPerdara.

Menurut Prof. Mariam Darus Badruzaman, ada beberapa asas yang terdapat di dalam perjanjian, yaitu:

1. Asas konsensualisme. “Sepakat mereka yang mengikatkan diri” adalah asas esensial dari Hukum Perjanjian. Asas ini dinamakan juga asas otonomi, yang menentukan adanya perjanjian. Asas konsensualisme mengandung arti kemauan (*will*) dari para pihak untuk saling berpartisipasi dan mengikatkan diri.⁴⁴ Asas ini dapat ditemukan di dalam Pasal 1320 dan Pasal 1338 KUHPerdara. Pasal 1320 KUHPerdara menyebutkannya secara tegas, sedangkan di dalam Pasal 1338 KUHPerdara ditemukan pada istilah “semua”. Kata “semua” menunjukkan bahwa setiap orang diberikan kesempatan untuk menyatakan keinginannya, yang dirasakan baik untuk menciptakan perjanjian.⁴⁵

⁴³ *Ibid.*, hal. 3.

⁴⁴ *Ibid.*, hal. 83.

⁴⁵ Badruzaman (a), *op. cit.*, hal. 87.

2. Asas kebebasan berkontrak. Kebebasan berkontrak adalah salah satu asas yang sangat penting dalam Hukum Perjanjian. Kebebasan ini adalah perwujudan dari kehendak bebas, pancaran hak asasi manusia.⁴⁶ Asas ini berkaitan erat dengan sistem terbuka yang dianut oleh Hukum Perjanjian.
3. Asas kepercayaan. Seseorang yang mengadakan perjanjian dengan pihak lain, menumbuhkan kepercayaan di antara kedua pihak bahwa satu sama lain akan memegang janjinya atau memenuhi prestasinya di kemudian hari. Tanpa adanya kepercayaan, maka perjanjian tidak akan mungkin diadakan oleh para pihak. Dengan kepercayaan, kedua pihak mengikatkan dirinya dan perjanjian yang dibuat mempunyai kekuatan yang mengikat sebagai undang-undang.⁴⁷
4. Asas kekuatan mengikat. Terikatnya para pihak pada perjanjian tidak semata-mata terbatas pada apa yang diperjanjikan, tetapi juga terhadap beberapa unsur lain, sepanjang dikehendaki oleh kebiasaan, kepatutan, dan moral.⁴⁸ Asas ini mengandung arti bahwa perjanjian mengikat para pihak yang membuatnya dan para pihak sepakat untuk menjadikannya sebagai undang-undang.
5. Asas persamaan hukum. Asas ini menempatkan para pihak ke dalam persamaan derajat, walaupun ada perbedaan kulit, bangsa, kekayaan, kekuasaan, jabatan, dan lain-lain.⁴⁹ Pada dasarnya, semua orang adalah sama di mata hukum.
6. Asas keseimbangan. Asas ini menghendaki kedua pihak memenuhi dan melaksanakan perjanjian yang telah disepakati. Kreditur mempunyai kekuatan untuk menuntut prestasi, dan jika diperlukan dapat menuntut pelunasan prestasi melalui kekayaan debitur. Namun kreditur juga memikul beban untuk melaksanakan perjanjian dengan itikad baik. Dapat dilihat di sini bahwa kedudukan kreditur yang kuat diimbangi dengan kewajibannya untuk memperhatikan itikad baik, sehingga kedudukan kreditur dan debitur seimbang.⁵⁰

⁴⁶ *Ibid.*, hal. 84.

⁴⁷ *Ibid.*, hal. 87.

⁴⁸ *Ibid.*, hal. 88.

⁴⁹ *Ibid.*

⁵⁰ *Ibid.*

7. Asas moral. Asas ini terlihat dalam perikatan wajar, di mana suatu perbuatan sukarela dari seseorang tidak menimbulkan hak baginya untuk menggugat kontraprestasi dari pihak debitur. Hal ini juga terlihat dalam *zaakwarneming*, di mana seseorang yang melakukan suatu perbuatan dengan sukarela mempunyai kewajiban untuk meneruskan dan menyelesaikan perbuatannya. Asas ini terdapat di dalam Pasal 1339 KUHPerdara.⁵¹

2.1.3 Syarat Sah Perjanjian

Berdasarkan Pasal 1320 KUHPerdara, untuk sahnya suatu perjanjian maka perlu ditinjau dari empat syarat, yaitu:

1. Sepakat mereka yang mengikatkan dirinya.

Kesepakatan dimaksudkan bahwa kedua subjek yang mengadakan perjanjian harus sepakat atau setuju mengenai hal-hal yang pokok dari perjanjian yang diadakan.⁵² Apa yang dikehendaki oleh pihak yang satu, dikehendaki juga oleh pihak yang lain. Para pihak berarti menghendaki sesuatu yang sama secara timbal balik.

Dengan adanya kata sepakat dalam perjanjian, berarti bahwa kedua pihak harus mempunyai kebebasan berkehendak. Para pihak tidak mendapatkan tekanan apa pun yang mengakibatkan “cacat” bagi perwujudan kehendak tersebut.⁵³

Pengertian sepakat dilukiskan sebagai pernyataan kehendak yang disetujui (*overeenstemende verklaring*) antara para pihak. Pernyataan dari pihak yang menawarkan dinamakan tawaran (*offerte*), sedangkan pernyataan dari pihak yang menerima tawaran dinamakan akseptasi (*acceptatie*).⁵⁴

2. Cakap untuk membuat suatu perjanjian.

Dalam Pasal 1330 KUHPerdara, disebutkan orang-orang yang tidak cakap untuk membuat perjanjian, yaitu:

⁵¹ *Ibid.*, hal. 89.

⁵² Subekti (a), *op. cit.*, hal. 17.

⁵³ Mariam Darus Badrulzaman (b), *KUHPerdara Buku III: Hukum Perikatan (Dengan Penjelasan)*, (Bandung: Alumni, 1993), hal. 98.

⁵⁴ *Ibid.*

- a. Orang-orang yang belum dewasa.
- b. Mereka yang ditaruh di bawah pengampuan.
- c. Perempuan dalam hal-hal yang ditetapkan oleh undang-undang, dan semua orang kepada siapa undang-undang telah melarang untuk membuat perjanjian-perjanjian tertentu.⁵⁵

Kriteria dari orang-orang yang belum dewasa diatur di dalam Pasal 330 KUHPerdara, yaitu orang-orang yang belum genap berumur 21 tahun dan tidak kawin sebelumnya. Menurut Pasal 433 KUHPerdara, orang-orang yang diletakkan di bawah pengampuan adalah orang dewasa yang selalu berada dalam keadaan dungu, sakit otak atau mata gelap, dan boros. Dalam hal ini, pembentuk undang-undang memandang bahwa yang bersangkutan tidak mampu menyadari tanggung jawabnya dan oleh karena itu tidak cakap bertindak untuk mengadakan perjanjian.⁵⁶

Pasal 108 dan 1330 KUHPerdara memandang bahwa wanita yang telah bersuami tidak cakap untuk mengadakan perjanjian. Tetapi dengan adanya Surat Edaran Mahkamah Agung (SEMA) Nomor 3 Tahun 1963 dan Undang-undang Nomor 1 Tahun 1974 tentang Perkawinan (UU Perkawinan) Pasal 31 ayat (1)-(2), kedudukan wanita yang telah bersuami itu diangkat ke derajat yang sama dengan pria. Wanita tidak lagi memerlukan bantuan dari suaminya untuk mengadakan perbuatan hukum dan menghadap di depan pengadilan.⁵⁷

3. Mengenai suatu hal tertentu.

Suatu perjanjian harus mengenai suatu hal tertentu, artinya apa yang diperjanjikan dari hak-hak dan kewajiban kedua belah pihak jika timbul suatu perselisihan.⁵⁸ Suatu perjanjian haruslah mempunyai objek (*bepaald onderwerp*) tertentu, sekurang-kurangnya dapat ditentukan bahwa objek tertentu itu dapat berupa benda yang sekarang ada dan yang nanti akan ada. Barang yang dimaksudkan di dalam perjanjian paling tidak harus ditentukan jenisnya.⁵⁹

⁵⁵ Subekti (a), *op. cit.*, hal. 17.

⁵⁶ Badruzaman (b), *op. cit.*, hal. 104.

⁵⁷ *Ibid.*

⁵⁸ Subekti (a), *op. cit.*, hal. 19.

⁵⁹ *Ibid.*

4. Suatu sebab yang halal.

Mengenai suatu sebab yang halal dapat dilihat di dalam Pasal 1335-1337 KUHPerduta. Suatu sebab yang halal adalah isi perjanjian itu sendiri tidak boleh bertentangan dengan undang-undang, kesusilaan, dan ketertiban umum. Perjanjian yang dibuat dengan sebab tersebut tidak mempunyai kekuatan, seperti yang tercantum di dalam Pasal 1335 KUHPerduta.⁶⁰

Dua syarat pertama dinamakan syarat-syarat subjektif, karena mengenai orang-orang atau subjek yang mengadakan perjanjian. Apabila syarat subjektif tidak terpenuhi dalam suatu perjanjian, berarti pihak yang merasa dirugikan dapat meminta pembatalan. Sedangkan dua syarat yang terakhir dinamakan syarat-syarat objektif, karena mengenai perjanjiannya sendiri atau objek dari perbuatan hukum yang dilakukan.⁶¹ Bila syarat objektif tidak terpenuhi, maka perjanjian batal demi hukum (*null and void*), yang artinya sejak semula tidak pernah dilahirkan suatu perjanjian dan tidak pernah ada suatu perikatan.⁶²

Dilihat dari syarat-syarat sahnya perjanjian, Asser membedakan perjanjian ke dalam beberapa unsur, yaitu:

1. Unsur esensialia. Bagian ini merupakan sifat yang harus ada dalam perjanjian, yaitu sifat yang menentukan atau menyebabkan perjanjian itu tercipta (*constructieve oordeel*). Contohnya adalah persetujuan antara para pihak dan objek perjanjian.
2. Unsur naturalia. Bagian ini merupakan sifat bawaan perjanjian, sehingga secara diam-diam melekat pada perjanjian. Contohnya adalah menjamin tidak ada cacat dalam benda yang dijual (*vrijwaring*).
3. Unsur aksidentalialia. Bagian ini merupakan sifat yang melekat pada perjanjian, dalam hal secara tegas diperjanjikan oleh para pihak.⁶³

⁶⁰ *Ibid.*

⁶¹ *Ibid.*, hal. 17.

⁶² *Ibid.*, hal. 20.

⁶³ Badruzaman (a), *op. cit.*, hal. 74.

2.1.4 Jenis Perjanjian

Pada umumnya, perjanjian tidak terikat kepada suatu bentuk tertentu, dapat dibuat secara lisan, dan apabila dibuat secara tertulis maka dapat bersifat sebagai alat bukti dalam hal terjadi perselisihan.⁶⁴ Untuk beberapa perjanjian tertentu undang-undang menentukan suatu bentuk tertentu, sehingga apabila bentuk tersebut tidak dituruti maka perjanjian menjadi tidak sah. Oleh karena itu, perjanjian tertulis tidak selalu hanya merupakan alat pembuktian saja, namun juga dapat menjadi syarat untuk melakukan perjanjian. Perjanjian dapat dibedakan ke dalam beberapa jenis, yaitu:

1. Perjanjian timbal balik adalah perjanjian yang menimbulkan kewajiban pokok bagi kedua belah pihak. Perjanjian ini juga sering disebut sebagai perjanjian bilateral.⁶⁵
2. Perjanjian cuma-cuma adalah persetujuan di mana satu pihak memberikan keuntungan kepada pihak lainnya tanpa menerima kontraprestasi, misalnya hibah. Perjanjian ini diatur di dalam Pasal 1314 ayat (2) KUHPdata.⁶⁶
3. Perjanjian atas beban adalah perjanjian di mana terhadap prestasi dari pihak yang satu selalu terdapat kontraprestasi dari pihak lainnya, dan antara kedua prestasi tersebut ada hubungannya menurut hukum.⁶⁷
4. Perjanjian bernama (*benoemd*) adalah perjanjian yang dikenal dalam KUHPdata dan terdapat di dalam Bab V-XVIII KUHPdata.⁶⁸ Perjanjian-perjanjian tersebut diatur dan diberi nama oleh pembentuk undang-undang berdasarkan tipe yang paling banyak terjadi sehari-hari. Perjanjian ini terbagi ke dalam 15 kategori, yaitu perjanjian jual beli, perjanjian tukar-menukar, perjanjian sewa-menyewa, perjanjian kerja, perjanjian persekutuan perdata, perjanjian perkumpulan, perjanjian penghibahan, perjanjian penitipan barang, perjanjian pinjam pakai, perjanjian pinjam-meminjam, perjanjian bunga abadi, perjanjian untung-untungan, perjanjian pemberian kuasa, perjanjian penanggungan utang, dan perjanjian perdamaian.

⁶⁴ *Ibid.*, hal. 65.

⁶⁵ J. Satrio, *Hukum Perjanjian*, (Bandung: Citra Aditya Bakti, 1992), hal. 36.

⁶⁶ R.M. Suryodiningrat, *Asas-asas Hukum Perikatan*, (Bandung: Tarsito, 1985), hal. 75.

⁶⁷ Badruzaman (a), *op. cit.*, hal. 67.

⁶⁸ *Ibid.*

5. Perjanjian tidak bernama (*onbenoemde overeenkomst*) adalah perjanjian-perjanjian yang tidak diatur di dalam KUHPerdara, tetapi terdapat di dalam masyarakat. Jumlah perjanjian ini tidak terbatas dan memiliki nama yang disesuaikan dengan kebutuhan dari pihak-pihak yang mengadakannya, seperti perjanjian kerja sama, perjanjian pemasaran, perjanjian pengelolaan, perjanjian sewa guna usaha, dan perjanjian pembiayaan konsumen. Lahirnya perjanjian ini di dalam praktik adalah berdasarkan asas kebebasan berkontrak dalam mengadakan perjanjian (*partij otonomie*).⁶⁹
6. Perjanjian obligatoir adalah perjanjian di mana pihak-pihak sepakat mengikatkan diri untuk melakukan penyerahan suatu benda kepada pihak lain.⁷⁰
7. Perjanjian kebendaan adalah perjanjian dengan mana seseorang menyerahkan haknya atas suatu benda kepada pihak lain, yang membebaskan kewajiban pihak itu untuk menyerahkan benda tersebut kepada pihak lain (*levering*).⁷¹ Perjanjian ini dimaksudkan untuk mengalihkan, menimbulkan, mengubah, dan/atau menghapuskan hak atas benda.⁷²
8. Perjanjian riil adalah perjanjian yang baru terjadi apabila barang yang menjadi pokok perjanjian telah diserahkan.⁷³ Di dalam KUHPerdara juga terdapat perjanjian-perjanjian yang hanya berlaku sesudah terjadi penyerahan barang, misalnya perjanjian penitipan barang (Pasal 1694 KUHPerdara) dan perjanjian pinjam pakai (Pasal 1740 KUHPerdara).⁷⁴
9. Perjanjian liberatoir adalah perjanjian di mana para pihak membebaskan diri dari kewajiban yang ada, misalnya perjanjian pembebasan utang (Pasal 1438 KUHPerdara).⁷⁵
10. Perjanjian pembuktian adalah perjanjian di mana para pihak menetapkan alat-alat bukti apa saja yang dapat atau tidak dapat digunakan dalam hal terjadi perselisihan antara para pihak. Di dalamnya dapat pula ditetapkan kekuatan

⁶⁹ *Ibid.*

⁷⁰ *Ibid.*

⁷¹ *Ibid.*, hal. 68.

⁷² Satrio, *op. cit.*, hal. 48.

⁷³ *Ibid.*, hal. 41.

⁷⁴ Badruzaman (a), *loc. cit.*

⁷⁵ *Ibid.*

pembuktian seperti apa yang akan diberikan oleh para pihak terhadap suatu alat bukti.⁷⁶

11. Perjanjian untung-untungan adalah perjanjian yang objeknya ditentukan kemudian, misalnya perjanjian asuransi (Pasal 1774 KUHPerdara).⁷⁷ Perjanjian asuransi merupakan perikatan yang digantungkan pada suatu peristiwa yang belum terjadi dan belum tentu akan terjadi.
12. Perjanjian publik adalah perjanjian yang sebagian atau seluruhnya dikuasai oleh hukum publik, karena salah satu pihak yang bertindak adalah pemerintah sedangkan pihak lainnya adalah swasta. Di antara keduanya terdapat hubungan atasan dengan bawahan (*subordinated*), jadi tidak berada dalam kedudukan yang sama (*coordinated*). Contoh perjanjian publik adalah perjanjian ikatan dinas.⁷⁸
13. Perjanjian campuran adalah perjanjian yang mengandung berbagai unsur perjanjian, misalnya pemilik hotel yang tidak hanya menyewakan kamar (sewa-menyewa), tetapi juga menyajikan makanan (jual beli) dan memberikan pelayanan.⁷⁹

2.1.5 Berakhirnya Perjanjian

Pasal 1381 KUHPerdara menyebutkan sepuluh cara hapusnya suatu perikatan, yaitu:

1. Pembayaran. Pengertian pembayaran tidak boleh diartikan secara sempit. Ditinjau dari segi yuridis teknis, pembayaran tidak selamanya harus berbentuk sejumlah uang atau barang tertentu, tetapi bisa saja dengan pemenuhan jasa atau pembayaran dengan bentuk tak berwujud (*immaterial*).⁸⁰ Pembayaran dimaksudkan sebagai pemenuhan perjanjian secara sukarela. Dalam arti yang sangat luas, pembayaran tidak hanya dilakukan oleh pembeli yang menyerahkan sejumlah uang kepada penjual, tetapi juga oleh penjual

⁷⁶ Satrio, *op. cit.*, hal. 51.

⁷⁷ Badruzaman (a), *op. cit.*, hal. 69.

⁷⁸ *Ibid.*

⁷⁹ *Ibid.*

⁸⁰ Yahya Harahap, *Segi-segi Hukum Perjanjian*, (Bandung: Alumni, 1986), hal. 107.

yang dapat dikatakan melakukan pembayaran jika ia telah menyerahkan barang yang dijualnya kepada pembeli.⁸¹

2. Penawaran pembayaran tunai diikuti oleh penyimpanan atau penitipan. Hal ini dapat terjadi apabila kreditur lalai atau enggan menerima pembayaran atau penyerahan benda prestasi.⁸² Dengan tindakan penawaran pembayaran tunai diikuti oleh penyimpanan atau penitipan, debitur telah dibebaskan dari pembayaran dengan mengakibatkan hapusnya perikatan.⁸³
3. Pembaruan utang atau novasi. Novasi lahir atas dasar perjanjian bahwa para pihak membuat perjanjian untuk menghapuskan perjanjian yang lama dan menggantinya dengan perjanjian yang baru, dengan hakikat bahwa perjanjian yang baru serupa dengan perjanjian yang lama.⁸⁴
4. Perjumpaan utang atau kompensasi. Pasal 1424 KUHPdata menyatakan bahwa kompensasi adalah jika dua orang saling berutang satu sama lain, maka terjadilah antara mereka suatu perjumpaan, dengan mana utang-utang di antara kedua orang tersebut dihapuskan. Tetapi kompensasi tidak terjadi secara otomatis, melainkan harus diajukan atau diminta oleh pihak yang berkepentingan. Agar suatu utang dapat diperjumpakan, kedua utang harus dapat ditetapkan jumlahnya dan dapat ditagih saat diperlukan.⁸⁵
5. Percampuran utang. Hal ini terjadi apabila kedudukan sebagai seseorang yang berpiutang dan yang berutang berkumpul pada satu orang. Dengan demikian, terjadilah secara hukum suatu percampuran utang yang mengakibatkan utang piutang menjadi hapus. Percampuran utang ini dapat terjadi, misalnya jika seorang debitur dalam suatu testamen ditunjuk sebagai ahli waris tunggal oleh krediturnya atau seorang debitur menikah dengan krediturnya dalam suatu persatuan harta perkawinan.⁸⁶ Percampuran utang yang terjadi pada seseorang yang berutang utama berlaku juga untuk keuntungan para penanggung utangnya. Sebaliknya, percampuran utang yang terjadi pada seorang penanggung utang tidak mengakibatkan hapusnya utang pokok.

⁸¹ Subekti (a), *op. cit.*, hal. 64.

⁸² Harahap, *op. cit.*, hal. 135.

⁸³ *Ibid.*

⁸⁴ *Ibid.*, hal. 142.

⁸⁵ Subekti (a), *op. cit.*, hal. 73.

⁸⁶ *Ibid.*

6. Pembebasan utang. Pembebasan utang adalah tindakan kreditur yang membebaskan kewajiban debitur untuk memenuhi pelaksanaan perjanjian.⁸⁷ Pembebasan utang terjadi apabila seseorang yang berpiutang dengan tegas menyatakan tidak lagi menghendaki prestasi dari seseorang yang berutang dan melepaskan haknya atas pembayaran atau pemenuhan perjanjian, maka perikatan yang berbentuk hubungan utang piutang menjadi hapus.⁸⁸ Hal ini sesuai dengan Pasal 1438 KUHPerdara yang menyatakan bahwa pembebasan utang tidak boleh diduga-duga, tetapi harus dibuktikan.
7. Musnahnya barang yang berutang. Hal ini sesuai dengan Pasal 1444 KUHPerdara yang menyatakan bahwa perjanjian hapus dengan musnah atau hilangnya barang tertentu yang menjadi pokok prestasi, di mana debitur berkewajiban untuk menyerahkannya kepada kreditur. Jika barang tertentu yang menjadi objek perjanjian musnah, tidak dapat diperdagangkan lagi, atau hilang sehingga sama sekali tidak diketahui keberadaannya, maka hapuslah perikatan tersebut.⁸⁹ Tetapi hal ini berlaku dengan syarat bahwa musnah atau hilangnya barang terjadi di luar kesalahan atau kehendak pengutang.
8. Pembatalan. Suatu perjanjian dapat saja dimintakan pembatalan apabila kekurangan syarat subjektif, sebagaimana telah dijelaskan mengenai syarat-syarat untuk sahnya perjanjian yang terdapat di dalam Pasal 1320 KUHPerdara. Menurut Pasal 1454 KUHPerdara, permintaan untuk membatalkan perjanjian dibatasi sampai suatu waktu tertentu, yaitu lima tahun.
9. Berlakunya suatu syarat batal. Syarat batal adalah syarat yang apabila terpenuhi, maka akan menghentikan perjanjian dan membawa segala sesuatunya kembali pada keadaan semula, seolah-olah tidak pernah terjadi perjanjian.⁹⁰
10. Lewat waktu atau daluwarsa. Hal ini diatur di dalam Pasal 1946 KUHPerdara yang menyatakan bahwa daluwarsa adalah suatu upaya untuk memperoleh sesuatu atau untuk dibebaskan dari suatu perikatan, dengan lewatnya suatu

⁸⁷ Harahap, *op. cit.*, hal. 159.

⁸⁸ Subekti (a), *op. cit.*, hal. 74.

⁸⁹ *Ibid.*

⁹⁰ *Ibid.*, hal. 76.

waktu tertentu dan atas syarat-syarat yang ditentukan oleh undang-undang. Secara umum, daluwarsa dibagi menjadi dua, yaitu daluwarsa untuk memperoleh hak milik atas suatu barang (daluwarsa *acquisitif*) dan daluwarsa untuk dibebaskan dari suatu perikatan atau tuntutan (daluwarsa *extinctif*).⁹¹

2.1.6 Wanprestasi

Kata “wanprestasi” berasal dari bahasa Belanda yang berarti prestasi buruk.⁹² Ia lalai, ingkar janji, atau melanggar perjanjian apabila ia melakukan atau berbuat sesuatu yang tidak boleh dilakukannya. Menurut ahli-ahli Hukum Perdata, pihak yang tidak memenuhi kewajibannya dihukum untuk membayar ganti rugi, biaya, dan bunga kepada pihak yang dirugikan.⁹³

Menurut Prof. Subekti, seseorang dikatakan wanprestasi atau lalai apabila ia tidak melakukan apa yang disanggupi akan dilakukan, melaksanakan apa yang dijanjikan tetapi tidak sebagaimana dijanjikan, melakukan apa yang dijanjikan tetapi terlambat, dan melakukan sesuatu yang menurut perjanjian tidak boleh dilakukan.⁹⁴ Menurut Prof. Mariam Darus Badruzaman, wujud dari tidak memenuhi perjanjian ada tiga macam, yaitu orang atau pihak tersebut sama sekali tidak memenuhi perikatan, terlambat memenuhi perikatan, dan/atau keliru atau tidak pantas untuk memenuhi perikatan.⁹⁵

Kelalaian sebuah pihak, apa pun bentuknya, tentu dapat merugikan pihak lainnya. Oleh karena itu, Pasal 1267 KUHPerdata menyatakan bahwa pihak yang dirugikan dapat menuntut pihak yang merugikan dengan tuntutan pemenuhan perjanjian atau pembatalan disertai penggantian biaya, rugi, dan bunga. Ada tiga kemungkinan bentuk gugatan yang dapat diajukan oleh pihak yang merasa dirugikan akibat wanprestasi, yaitu:

1. Secara *parate executie*. Pihak yang dirugikan melakukan tuntutan sendiri secara langsung kepada pihak yang merugikan tanpa melalui pengadilan.

⁹¹ *Ibid.*, hal. 77.

⁹² *Ibid.*, hal. 45.

⁹³ Badruzaman (a), *op. cit.*, hal. 13.

⁹⁴ Subekti (a), *loc. cit.*

⁹⁵ Badruzaman (a), *loc. cit.*

Dalam hal ini, pihak yang bersangkutan bertindak secara *eigenrichting* (menjadi hakim sendiri secara bersama-sama).

2. Secara *arbitrage* (perwasitan). Karena suatu pihak merasa dirugikan akibat wanprestasi dari pihak lainnya, maka kedua belah pihak bersepakat untuk menyelesaikan persengketaan mereka kepada wasit (arbitrator).
3. Secara *riele executie*. Cara penyelesaian sengketa antara pihak yang dirugikan dan pihak yang merugikan melalui hakim di pengadilan.⁹⁶

Sebagai kesimpulan, dapat ditetapkan bahwa pihak yang dirugikan dapat memilih tuntutan sebagai berikut, yaitu:

1. Pemenuhan perjanjian.
2. Pemenuhan perjanjian disertai ganti rugi.
3. Ganti rugi saja.
4. Pembatalan perjanjian.
5. Pembatalan disertai ganti rugi.⁹⁷

Hukuman atau akibat bagi pihak yang merugikan ada empat macam, yaitu:

1. Membayar kerugian yang diderita oleh pihak yang dirugikan. Ganti rugi sering diperinci dengan tiga unsur, yaitu biaya, rugi, dan bunga. Biaya adalah segala pengeluaran yang nyata-nyata telah dikeluarkan oleh satu pihak. Rugi adalah kerugian karena kerusakan barang-barang kepunyaan pihak yang dirugikan, yang diakibatkan oleh kelalaian pihak yang merugikan. Sedangkan bunga adalah kerugian yang berupa kehilangan keuntungan yang sudah dibayangkan atau dihitung oleh pihak yang dirugikan.
2. Pembatalan perjanjian. Hal ini bertujuan untuk membawa kedua belah pihak kembali pada keadaan sebelum perjanjian diadakan. Hal ini diatur di dalam Pasal 1266 KUHPerdota.
3. Peralihan risiko. Berdasarkan Pasal 1237 ayat (2) KUHPerdota, yang dimaksud dengan risiko adalah kewajiban untuk memikul kerugian jika terjadi suatu peristiwa di luar kesalahan salah satu pihak, yang menimpa

⁹⁶ “Perjanjian Perbuatan Melawan Hukum atau Wanprestasi”, <http://hukumonline.com/klinik.asp>, 16 September 2007.

⁹⁷ Subekti (a), *op. cit.*, hal. 53.

barang yang menjadi objek perjanjian. Contohnya adalah Pasal 1460 KUHPerdara yang menyatakan bahwa risiko dalam jual beli barang tertentu dipikulkan kepada pembeli, meskipun barangnya belum diserahkan. Tetapi apabila penjual terlambat menyerahkan barangnya, maka kelalaian ini diancam dengan mengalihkan risiko dari pembeli kepada penjual.

4. Membayar biaya perkara, kalau sampai diperkarakan di depan hakim. Hal ini erat kaitannya dengan hukum acara. Pasal 181 ayat (1) *Herziene Inlandsch Reglement* (HIR) menyatakan bahwa pihak yang kalah diwajibkan untuk membayar biaya perkara.⁹⁸

Pihak yang dituduh lalai karena telah melakukan wanprestasi, untuk membebaskan dirinya dari hukuman-hukuman yang ditujukan kepadanya dapat melakukan tangkisan melalui beberapa cara, yaitu:

1. Mengajukan tuntutan adanya keadaan memaksa (*overmacht*). Dengan mengajukan pembelaan ini, tergugat berusaha menunjukkan bahwa tidak terlaksananya perjanjian atau keterlambatan dalam perjanjian bukanlah disebabkan oleh kelalaiannya. Ini berarti bahwa ia tidak dapat dikatakan lalai dan tidak boleh dijatuhi sanksi-sanksi yang diancamkan atas kelalaiannya. Keadaan *overmacht* terdapat di dalam Pasal 1244-1245 KUHPerdara, di mana kedua pasal tersebut mengatur satu hal yang sama, yaitu dibebaskannya tergugat dari kewajiban untuk mengganti kerugian, karena suatu kejadian yang dinamakan keadaan memaksa. Pembuktian keadaan memaksa adalah kewajiban tergugat, sebagaimana terdapat di dalam Pasal 1244 KUHPerdara. Pasal tersebut menerangkan bahwa tergugat tidak akan dihukum untuk membayar ganti rugi apabila ia membuktikan bahwa tidak dilaksanakannya perjanjian adalah karena adanya keadaan yang memaksa.
2. Mengajukan bahwa penggugat sendiri juga telah lalai (*exceptio non adimpleti contractus*). Tergugat dapat mengajukan di depan hakim bahwa penggugat sendiri juga tidak menepati janjinya. Hal ini tidak disebutkan di dalam undang-undang, namun merupakan suatu hukum yurisprudensi (peraturan hukum yang diciptakan oleh para hakim).

⁹⁸ *Ibid.*, hal. 45-53.

3. Mengajukan bahwa penggugat telah melepaskan haknya untuk menuntut ganti rugi (*rechtsverwerking*). Penggugat yang melepas haknya dapat membebaskan tergugat. Pelepasan hak maksudnya adalah suatu sikap dari penggugat, di mana pihak tergugat dapat menyimpulkan bahwa penggugat sudah tidak lagi menuntut ganti rugi. Contohnya adalah apabila pembeli mengetahui bahwa barang yang dibelinya dalam keadaan cacat, tetapi ia tetap memakainya. Dalam hal si pembeli mengajukan tuntutan ganti rugi atau pembatalan perjanjian, maka tuntutan itu sudah selayaknya tidak diterima oleh hakim.⁹⁹

2.2 TRANSAKSI TERAPEUTIK

2.2.1 Pengertian Transaksi Terapeutik

Transaksi terapeutik adalah perjanjian antara dokter dengan pasien, yang memberikan kewenangan kepada dokter untuk melakukan kegiatan memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien, berdasarkan keahlian dan keterampilan yang dimiliki oleh dokter tersebut. Dari hubungan hukum dalam transaksi terapeutik tersebut, timbul hak dan kewajiban masing-masing pihak.¹⁰⁰

Karena transaksi terapeutik merupakan perjanjian, maka terhadap transaksi terapeutik juga berlaku Hukum Perikatan yang diatur di dalam Buku III KUHPerdara, sebagaimana yang terdapat di dalam Pasal 1319 KUHPerdara. Untuk sahnya perjanjian tersebut, harus dipenuhi syarat-syarat yang termuat dalam Pasal 1320 KUHPerdara. Sedangkan akibat yang ditimbulkan diatur di dalam Pasal 1338 KUHPerdara, yang mengandung asas pokok Hukum Perjanjian.¹⁰¹

Mukadimah Kode Etik Kedokteran Indonesia (Kodeki), yang dilampirkan di dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 434 Tahun 1983 tentang Berlakunya Kode Etik Kedokteran Indonesia bagi Para Dokter di Indonesia, mencantumkan tentang transaksi terapeutik sebagai berikut:

⁹⁹ *Ibid.*, hal. 55-58.

¹⁰⁰ Isfandyarie, *op. cit.*, hal. 57.

¹⁰¹ Komalawati (a), *op. cit.*, hal. 139.

“Yang dimaksud dengan transaksi terapeutik adalah hubungan antara dokter dan penderita yang dilakukan dalam suasana saling percaya (konfidensial), serta senantiasa diliputi oleh segala emosi, harapan, dan kekhawatiran makhluk insani.”

2.2.2 Syarat Sah Transaksi Terapeutik

Untuk sahnya transaksi terapeutik, sebagaimana perjanjian pada umumnya, maka harus dipenuhi unsur-unsur yang tercantum di dalam Pasal 1320 KUHPerduta. Selain itu untuk keabsahan kesepakatan para pihak yang mengikatkan dirinya, maka kesepakatan ini harus memenuhi kriteria dalam Pasal 1321 KUHPerduta. Dari Pasal 1321 KUHPerduta dapat diartikan bahwa secara yuridis, yang dimaksud dengan kesepakatan adalah tidak adanya kekhilafan, paksaan, atau penipuan dari para pihak yang mengikatkan dirinya. Sepakat ini merupakan persetujuan yang dilakukan oleh kedua belah pihak, di mana kedua pihak mempunyai persesuaian kehendak, yang dalam transaksi terapeutik dapat diartikan sebagai pihak pasien setuju untuk diobati oleh dokter dan dokter pun setuju untuk mengobati pasiennya. Agar kesepakatan ini sah menurut hukum, maka di dalam kesepakatan ini para pihak harus sadar terhadap kesepakatan yang dibuat, tidak boleh ada paksaan dari salah satu pihak, dan tidak boleh ada penipuan di dalamnya. Untuk itulah diperlukan adanya *informed consent*.¹⁰²

Syarat adanya kecakapan untuk membuat perikatan atau perjanjian diatur di dalam Pasal 1329-1330 KUHPerduta. Berdasarkan Pasal 1329 KUHPerduta, maka secara yuridis yang dimaksud dengan kecakapan untuk membuat perikatan adalah kewenangan seseorang untuk mengikatkan diri karena tidak dilarang oleh undang-undang. Dalam transaksi terapeutik, pihak penerima pelayanan medik dapat meliputi berbagai macam golongan umur dan jenis pasien, yang terdiri dari yang cakap maupun yang tidak cakap untuk bertindak. Hal ini harus disadari oleh dokter sebagai salah satu pihak yang mengikatkan dirinya dalam transaksi terapeutik, agar tidak menimbulkan masalah di kemudian hari.¹⁰³

¹⁰² Bader Johan Nasution, *Hukum Kesehatan: Pertanggungjawaban Dokter*, (Jakarta: Rineka Cipta, 2005), hal. 12.

¹⁰³ Isfandyarie, *op. cit.*, hal. 60-61.

Pihak penerima pelayanan medik yang tidak cakap untuk bertindak antara lain yaitu orang dewasa yang tidak cakap (misalnya orang gila, pemabuk, atau tidak sadar) dan anak di bawah umur. Orang dewasa yang tidak cakap memerlukan persetujuan dari pengampunya, sedangkan anak di bawah umur memerlukan persetujuan dari orang tua atau walinya.¹⁰⁴

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran (Permenkes Persetujuan Tindakan Kedokteran) tidak memberikan penjelasan terhadap pengertian dewasa. Tetapi Permenkes tentang *informed consent* yang sebelumnya (yang tidak berlaku lagi sejak Permenkes Persetujuan Tindakan Kedokteran mulai berlaku), yaitu Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 585 Tahun 1989 tentang Persetujuan Tindakan Medik (Permenkes Persetujuan Tindakan Medik), menyatakan di dalam Pasal 8 ayat (2) bahwa yang dimaksud dengan dewasa adalah telah berumur 21 tahun atau telah menikah. Bila merujuk dari pasal ini (yang juga sesuai dengan kriteria dewasa menurut Pasal 330 KUHPerdara), maka untuk seseorang yang berusia di bawah 21 tahun dan belum menikah, transaksi terapeutik harus ditandatangani oleh orang tua atau walinya, yang merupakan pihak yang berhak memberikan persetujuan.¹⁰⁵

Menurut Pasal 1320 KUHPerdara, objek yang diperjanjikan terdiri dari mengenai “suatu hal tertentu” dan harus “suatu sebab yang halal atau diperbolehkan untuk diperjanjikan”. Dalam transaksi terapeutik, mengenai hal tertentu yang diperjanjikan atau sebagai objek perjanjian adalah upaya penyembuhan terhadap penyakit yang tidak dilarang oleh undang-undang.¹⁰⁶

Dalam Hukum Perikatan dikenal adanya dua macam perjanjian, yaitu:

1. *Inspanningsverbintenis*, yaitu perjanjian upaya. Artinya kedua belah pihak berjanji atau sepakat untuk berdaya upaya secara maksimal untuk mewujudkan apa yang diperjanjikan.
2. *Resultaatsverbintenis*, yaitu suatu perjanjian yang akan memberikan hasil yang nyata, sesuai dengan apa yang diperjanjikan.¹⁰⁷

¹⁰⁴ *Ibid.*, hal. 61.

¹⁰⁵ *Ibid.*

¹⁰⁶ *Ibid.*, hal. 61-62.

¹⁰⁷ *Ibid.*, hal. 62.

Transaksi terapeutik termasuk dalam *inspanningsverbintenis* karena dokter tidak mungkin menjanjikan kesembuhan kepada pasien. Hal yang dilakukan oleh dokter adalah melakukan pelayanan kesehatan sebagai upaya untuk menyembuhkan pasien. Dalam melakukan upaya ini, dokter harus melakukannya dengan penuh kesungguhan serta mengerahkan seluruh kemampuan dan keterampilan yang dimilikinya, dengan berpedoman kepada standar profesi.¹⁰⁸

Sementara itu, pasien sebagai pihak yang menerima pelayanan medis harus juga berdaya upaya maksimal untuk mewujudkan kesembuhan dirinya, sebagai hal yang diperjanjikan. Tanpa bantuan pasien, maka upaya dokter tidak akan mencapai hasil yang diharapkan. Pasien yang tidak kooperatif merupakan bentuk *contributory negligence* yang tidak bisa dipertanggungjawabkan oleh dokter.¹⁰⁹

Dalam objek perjanjian selanjutnya, perjanjian akan dinyatakan sah kalau yang diperjanjikan adalah sebab yang halal atau diperbolehkan. Hal yang dimaksud dengan sebab yang halal atau diperbolehkan yaitu sebab yang tidak dilarang oleh undang-undang, kesusilaan, atau ketertiban umum. Sebab juga dapat dianalogikan dengan tujuan dilakukannya perjanjian.¹¹⁰

Dalam transaksi terapeutik, tujuan kesembuhan pasien merupakan sebab yang diperbolehkan oleh undang-undang untuk diperjanjikan. Tindakan pengguguran kandungan tanpa indikasi medis, euthanasia, dan hal-hal yang sejenis merupakan sebab yang tidak diperbolehkan oleh undang-undang untuk diperjanjikan, sehingga bila hal ini diperjanjikan maka perjanjian menjadi tidak sah karena tidak memenuhi persyaratan di dalam Pasal 1320 KUHPerdara.¹¹¹

Beberapa contoh objek transaksi terapeutik yang diperbolehkan antara lain yaitu:

1. Dokter berusaha untuk menyembuhkan penyakit yang diderita oleh pasien.
2. Meringankan penderitaan.
3. *General check-up*.
4. Memperpanjang hidup.

¹⁰⁸ *Ibid.*

¹⁰⁹ *Ibid.*

¹¹⁰ *Ibid.*, hal. 64.

¹¹¹ *Ibid.*

5. Dalam pengaturan Keluarga Berencana.
6. Transplantasi organ tubuh.
7. Bedah plastik untuk estetika.¹¹²

2.2.3 Akibat Transaksi Terapeutik

Jika transaksi terapeutik telah memenuhi syarat sahnya perjanjian, maka semua kewajiban yang timbul mengikat bagi para pihak, baik dokter maupun pasien. Akibat hukum dari dilakukannya perjanjian tertuang di dalam Pasal 1338-1339 KUHPerdara. Berdasarkan kedua pasal ini, suatu perjanjian tidak dapat ditarik kembali, selain dengan sepakat kedua belah pihak atau karena alasan-alasan yang oleh undang-undang dinyatakan cukup untuk itu. Suatu perjanjian juga harus dilaksanakan dengan itikad baik.¹¹³

Dari kedua pasal di atas, dalam kaitannya dengan transaksi terapeutik, dapat diambil pengertian sebagai berikut:

1. Transaksi terapeutik berlaku sebagai undang-undang bagi pihak pasien maupun dokter, di mana undang-undang mewajibkan para pihak untuk memenuhi hak dan kewajibannya masing-masing, sesuai dengan hal yang diperjanjikan.
2. Transaksi terapeutik tidak dapat ditarik kembali tanpa kesepakatan pihak lain.
3. Kedua belah pihak, baik dokter maupun pasien, harus sama-sama beritikad baik dalam melaksanakan transaksi terapeutik. Wawancara dalam pengobatan harus dilakukan berdasarkan itikad baik dan kecermatan yang patut dari dokter. Pasien juga harus membantu menjawab dengan itikad baik agar hasil yang dicapai sesuai dengan tujuan dibuatnya transaksi terapeutik.
4. Perjanjian hendaknya dilaksanakan sesuai dengan tujuan dibuatnya perjanjian, yaitu kesembuhan pasien dengan mengacu kepada kebiasaan dan kepatutan yang berlaku, baik kebiasaan yang berlaku dalam bidang pelayanan medis maupun dari kepatutan pasien. Dokter harus menjaga mutu pelayanan dengan berpedoman kepada standar pelayanan medik yang telah disepakati bersama

¹¹² J. Guwandi, *Tindakan Medik dan Tanggung Jawab Produk Medik*, (Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 1993), hal. 48.

¹¹³ Isfandyarie, *op. cit.*, hal. 68.

dengan rumah sakit maupun organisasi profesi sebagai kebiasaan yang berlaku, serta memikirkan kelayakan dan kepatutan yang ada di dalam masyarakat.¹¹⁴

Untuk memberikan gambaran yang lebih jelas tentang transaksi terapeutik, maka akan dipaparkan kekhususan transaksi terapeutik dari perjanjian pada umumnya, yaitu:

1. Subjek pada transaksi terapeutik terdiri dari dokter dan pasien. Dokter bertindak sebagai pemberi pelayanan medik profesional yang pelayanannya didasarkan pada prinsip pemberian pertolongan, sedangkan pasien merupakan penerima pelayanan medik yang membutuhkan pertolongan. Pihak dokter mempunyai kualifikasi dan kewenangan tertentu sebagai tenaga profesional di bidang medik yang kompeten untuk memberikan pertolongan yang dibutuhkan oleh pasien, sedangkan pihak pasien (karena tidak mempunyai kualifikasi dan kewenangan sebagaimana yang dimiliki oleh dokter) berkewajiban untuk membayar honorarium kepada dokter atas pertolongan yang telah diberikan oleh dokter tersebut.
2. Objek perjanjian berupa upaya medik profesional yang bercirikan pemberian pertolongan.
3. Tujuan perjanjian adalah pemeliharaan dan peningkatan kesehatan yang berorientasi kekeluargaan, mencakup kegiatan peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif), dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif).¹¹⁵

Karena objek transaksi terapeutik berbentuk upaya pemberian pertolongan, maka hasil yang diperoleh dari pencapaian upaya tersebut tidak dapat dan tidak boleh dijamin kepastiannya oleh dokter. Di samping itu, peran serta pasien dalam kerja sama yang baik juga diperlukan demi kepentingan dan kesembuhan pasien itu sendiri. Hal inilah yang perlu dijelaskan kepada pasien, agar tidak menimbulkan masalah yang tidak diharapkan oleh kedua belah pihak.¹¹⁶

¹¹⁴ *Ibid.*, hal. 69-70.

¹¹⁵ Komalawati (a), *op. cit.*, hal. 145.

¹¹⁶ Isfandyarie, *op. cit.*, hal. 71.

2.2.4 Sifat Transaksi Terapeutik

Dari pengertian transaksi terapeutik sebagaimana yang disebutkan di dalam Mukadimah Kodeki, maka dapat diuraikan sifat-sifat atau ciri-ciri dari transaksi terapeutik, yaitu:

1. Transaksi terapeutik khusus mengatur hubungan antara dokter dan pasien.
2. Hubungan dalam transaksi terapeutik hendaknya dilakukan dalam suasana saling percaya (konfidensial), yang berarti pasien harus percaya kepada dokter yang melakukan terapi, demikian juga sebaliknya. Oleh karena itu dalam rangka saling menjaga kepercayaan, dokter harus berupaya maksimal untuk kesembuhan pasien yang telah mempercayakan kesehatannya kepadanya. Pasien pun harus memberikan keterangan yang jelas tentang penyakitnya kepada dokter yang berupaya melakukan terapi atas dirinya, serta mematuhi perintah dokter yang perlu dilakukan untuk mencapai kesembuhan yang diharapkan.
3. Hubungan ini juga dinyatakan sebagai “senantiasa diliputi oleh segala emosi, harapan, dan kekhawatiran makhluk insani.” Mengingat kondisi pasien yang sedang sakit, terutama pada pasien penyakit kronis atau sakit berat, maka kondisi pasien yang emosional, kekhawatiran terhadap kemungkinan dapat sembuh atau tidak, disertai dengan harapan ingin hidup lebih lama, menimbulkan hubungan yang bersifat khusus yang membedakan transaksi terapeutik dari perjanjian-perjanjian pada umumnya. Dalam hal ini, diperlukan kesabaran dokter untuk bisa menumbuhkan optimisme dalam diri pasien, serta melayani pertanyaan pasien maupun keluarganya dengan penjelasan yang dapat dimengerti oleh pasien maupun keluarganya tentang perjalanan serta diagnosis dari penyakit tersebut.¹¹⁷

¹¹⁷ *Ibid.*, hal. 71-72.

2.2.5 Asas-asas Transaksi Terapeutik

Karena transaksi terapeutik merupakan hubungan hukum antara dokter dan pasien, maka dalam transaksi terapeutik pun berlaku beberapa asas hukum yang mendasari, yang menurut Komalawati disimpulkan sebagai berikut:¹¹⁸

1. Asas legalitas

Asas ini tersirat di dalam Pasal 23 Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (UU Kesehatan) yang menyatakan bahwa kewenangan tenaga kesehatan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan dilakukan sesuai dengan bidang keahlian yang dimiliki dan wajib memiliki izin dari pemerintah. Hal ini berarti bahwa pelayanan medik hanya dapat terselenggara jika tenaga kesehatan yang bersangkutan telah memenuhi persyaratan dan perizinan yang diatur di dalam peraturan perundang-undangan.

Peraturan perundang-undangan yang mengatur tentang perizinan praktik kedokteran dapat dijumpai di dalam Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (UU Praktik Kedokteran). Persyaratan tentang perizinan bagi praktik kedokteran tercantum di dalam Pasal 29 ayat (1)-(3), Pasal 36, dan Pasal 38 ayat (1)-(2).

2. Asas keseimbangan

Dalam hukum, asas ini termasuk asas yang berlaku umum, tidak khusus untuk transaksi terapeutik saja. Karena di samping hukum memberikan kepastian dan perlindungan terhadap kepentingan manusia, hukum juga harus bisa memulihkan keseimbangan tatanan masyarakat yang terganggu ke keadaan semula. Menurut asas ini, penyelenggaraan pelayanan kesehatan harus diselenggarakan secara seimbang antara kepentingan individu dan masyarakat, fisik dan mental, serta material dan spiritual. Dalam pelayanan medik, dapat juga diartikan sebagai keseimbangan antara tujuan dan sarana, sarana dan hasil, serta manfaat dan risiko yang dihasilkan dari upaya medik yang dilakukan. Asas ini erat kaitannya dengan masalah keadilan.

¹¹⁸ Komalawati (a), *op. cit.*, hal. 128.

Menurut Mertokusumo, penilaian keadilan pada umumnya sangat subjektif dan hanya dilihat dari pihak yang menerima perlakuan saja. Dalam kaitannya dengan pelayanan medis, keadilan yang dimaksud bersifat kasuistik, karena sangat terkait dengan alokasi sumber daya dalam pelayanan kesehatan.

3. Asas tepat waktu

Dalam pelayanan kesehatan, asas ini merupakan asas yang cukup penting, karena kelalaian dalam memberikan pertolongan tepat pada saat yang dibutuhkan dapat menimbulkan kerugian bagi pasien. Asas ini perlu diperhatikan oleh dokter, karena hukum tidak bisa menerima alasan apa pun dalam hal keselamatan nyawa pasien terancam, yang disebabkan oleh keterlambatan dokter dalam menangani pasien.

4. Asas itikad baik

Asas ini bersumber pada prinsip etis berbuat baik (*beneficence*) yang perlu diterapkan dalam pelaksanaan kewajiban dokter terhadap pasien. Selaku profesional, penerapan asas itikad baik akan tercermin pada penghormatan terhadap hak pasien dan pelaksanaan praktik kedokteran yang selalu berpegang teguh pada standar profesi. Kewajiban untuk berbuat baik ini tentunya bukan tanpa batas, karena berbuat baik tidak boleh sampai menimbulkan kerugian pada diri sendiri. Beauchamp dan Childress menyarankan beberapa langkah yang dapat dilakukan untuk mengevaluasi antara risiko dan kerugian, agar kita dapat melakukan kewajiban untuk menolong orang lain dengan baik tanpa merugikan diri sendiri, yaitu:

- a. Orang yang harus diberi bantuan mengalami bahaya besar atau mempunyai risiko akan kehilangan sesuatu yang penting.
- b. Adanya kesanggupan untuk membantu secara langsung dalam mencegah terjadinya kerugian atau kehilangan sesuatu yang penting pada orang yang dibantu.
- c. Perbuatan yang dilakukan dapat mencegah terjadinya kerugian atau kehilangan tersebut.

- d. Manfaat yang diterima oleh orang yang dibantu lebih besar daripada kerugian yang dialami dan menimbulkan risiko yang minimal pada diri orang yang membantu.¹¹⁹

5. Asas kejujuran

Kejujuran merupakan salah satu asas yang penting untuk dapat menumbuhkan kepercayaan pasien kepada dokter. Berdasarkan asas kejujuran, dokter berkewajiban untuk memberikan pertolongan sesuai dengan yang dibutuhkan oleh pasien, yaitu sesuai dengan standar profesinya. Penggunaan berbagai sarana yang tersedia pada lembaga pelayanan medik hanya dilakukan sesuai dengan kebutuhan pasien yang bersangkutan.

Asas ini juga merupakan dasar bagi terlaksananya penyampaian informasi yang benar dalam berkomunikasi, baik oleh pasien maupun dokter. Kejujuran dalam menyampaikan informasi akan sangat membantu kesembuhan pasien. Kebenaran informasi ini terkait erat dengan hak setiap manusia untuk mengetahui kebenaran.

Walaupun demikian, tidak berarti dokter harus memberitahukan segala sesuatu yang diketahuinya kepada pasien, apabila dokter berpendapat bahwa pemberitahuan itu justru dapat merugikan pasien yang bersangkutan. Dokter harus selalu sadar bahwa setiap informasi harus berorientasi kepada kepentingan pasien, sehingga dalam wawancara pengobatan, sikap dan kualitas komunikasi harus senantiasa memperhatikan dampak yang akan terjadi pada pasien. Misalnya seorang pasien menderita suatu penyakit yang tidak mungkin bisa disembuhkan, seperti kanker. Kejujuran dokter dalam memberikan informasi kepada pasien semacam ini akan dapat mematahkan semangat pasien untuk berobat dan menjalani hidup dengan wajar. Dalam hal ini, dokter sebaiknya tidak mengatakan secara jujur kepada pasien, tetapi diusahakan untuk memberikan pengertian kepada keluarga pasien.

¹¹⁹ *Ibid.*, hal. 130.

6. Asas kehati-hatian

Sebagai seorang profesional di bidang medik, tindakan dokter harus didasarkan atas ketelitian dalam menjalankan fungsi dan tanggung jawabnya, karena kecerobohan dalam bertindak yang mengakibatkan terancamnya jiwa pasien dapat membuat dokter terkena kasus hukum. Asas ini tersirat di dalam Pasal 58 ayat (1) UU Kesehatan, yang menyebutkan bahwa setiap orang berhak untuk menuntut ganti rugi terhadap tenaga kesehatan dan/atau penyelenggara kesehatan yang menimbulkan kerugian akibat kesalahan atau kelalaian dalam pelayanan kesehatan yang diterimanya.

Dalam pelaksanaan kewajiban dokter, asas ini diterapkan dengan mematuhi standar profesi dan menghormati hak pasien, terutama hak atas informasi dan hak untuk memberikan persetujuan, yang erat kaitannya dengan *informed consent* dalam transaksi terapeutik. Kelalaian dokter dalam melaksanakan tugasnya tanpa mematuhi standar profesi dan melakukan *informed consent* dapat dianggap sebagai perbuatan yang merugikan pasien, sehingga pasien berhak atas penggantian kerugian.

Secara etis, pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh dokter mempunyai prinsip tidak merugikan (*non-maleficence*), yang secara teknis berbentuk kewajiban untuk tidak mencelakakan orang lain. Asas tidak merugikan ini merupakan salah satu prinsip tradisional dari etik kedokteran, yang dikenal dengan istilah *primum non nocere* (yang penting tidak merugikan).¹²⁰ Mungkin saja terjadi bahwa dokter tidak bermaksud untuk merugikan orang lain, namun timbul risiko kerugian karena dokter melakukan kegiatan pelayanan medik yang tidak sesuai dengan bidang keahlian dan kewenangannya. Hal semacam ini sebaiknya tidak dilakukan, agar dokter tidak dianggap melakukan kelalaian.

7. Asas keterbukaan

Salah satu asas yang disebutkan di dalam Pasal 2 UU Kesehatan yang lama (Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan) adalah asas usaha bersama dan kekeluargaan, yang di dalamnya terkandung asas keterbukaan. Dalam penjelasan Pasal 2c, asas usaha bersama dan kekeluargaan mengandung

¹²⁰ *Ibid.*, hal. 132.

arti bahwa penyelenggaraan kesehatan dilakukan melalui kegiatan yang dilakukan oleh seluruh lapisan masyarakat, dengan dijiwai oleh semangat kekeluargaan.

Pelayanan medik yang berdaya guna dan berhasil guna hanya dapat tercapai apabila ada keterbukaan dan kerja sama yang baik antara dokter dan pasien, dengan berlandaskan sikap saling percaya. Sikap ini dapat tumbuh jika terjalin komunikasi secara terbuka antara dokter dan pasien, di mana pasien memperoleh penjelasan atau informasi dari dokter dalam komunikasi yang transparan.

Sedikit berbeda dari Komalawati, Fuady memberikan pendapat tentang asas-asas etika modern dari praktik kedokteran yang disebutkan oleh Catherine Tay Swee Kian, yaitu:¹²¹

1. Asas otonom

Asas otonom menghendaki agar pasien, yang mempunyai kapasitas sebagai subjek hukum yang cakap, diberikan kesempatan untuk menentukan pilihannya secara rasional sebagai wujud penghormatan terhadap hak asasi untuk menentukan nasibnya sendiri (*self-determination*). Walaupun pilihan pasien salah, dokter tetap harus menghormatinya dan berusaha untuk menjelaskan dengan sebaik-baiknya menurut pengetahuan dan keterampilan profesional dokter tersebut, agar pasien benar-benar mengerti tentang akibat yang akan timbul tatkala pilihannya tidak sesuai dengan anjuran dokter. Misalnya penolakan pemberian transfusi darah karena agama pasien tidak mengizinkan. Dalam hal ini, dokter harus memberikan masukan kepada pasien tentang dampak negatif yang mungkin timbul sebagai akibat dari ditolaknya transfusi tersebut. Dalam memberikan informasi kepada pasien, dokter hendaknya menyadari bahwa kurangnya pengetahuan pasien tentang kesehatan, rasa takut terhadap penyakitnya, serta latar belakang keyakinan, adat istiadat, dan sosial-ekonomi pasien akan sangat mempengaruhi persetujuan yang akan diberikannya.

¹²¹ Munir Fuady, *Sumpah Hippocrates: Aspek Hukum Malpraktik Dokter*, (Bandung: Citra Aditya Bakti, 2005), hal. 6.

2. Asas murah hati

Asas ini menganjurkan dokter untuk selalu bersifat murah hati dalam memberikan pertolongan kepada pasien. Berbuat kebajikan, kebaikan, dan dermawan merupakan anjuran yang berlaku umum bagi setiap individu yang hendaknya dapat diterapkan dalam pengabdian profesi seorang dokter dalam pelayanan kesehatan yang dilakukannya, baik terhadap individu pasien maupun kesehatan masyarakat di sekitar dokter tersebut berada.

3. Asas tidak menyakiti

Dalam melakukan pengobatan terhadap pasien, dokter hendaknya mengupayakan untuk tidak menyakiti pasien. Memang hal ini sangat sulit dilakukan, karena kadang-kadang dokter harus melakukan pengobatan yang justru menimbulkan rasa sakit pada pasiennya. Dalam hal ini, dokter harus memberikan informasi kepada pasien tentang rasa sakit yang mungkin timbul sebagai akibat dari tindakan yang dilakukannya guna kesembuhan pasien tersebut. Misalnya tindakan pembedahan yang dilakukan terhadap pasien. Tidak sedikit pasien yang beranggapan bahwa setelah dilakukan tindakan pembedahan oleh dokter, dia akan langsung sembuh dan terbebas dari rasa sakit. Padahal secara logika, hal ini jelas tidak mungkin karena sayatan pada luka operasi pasti akan menimbulkan rasa sakit saat efek pembiusan hilang. Hal semacam inilah yang perlu dijelaskan kepada pasien, agar pasien tidak menganggap bahwa apa yang dilakukan oleh dokter bertentangan dengan asas ini.

4. Asas keadilan

Keadilan harus dilakukan oleh dokter dalam memberikan pelayanan medis, dalam arti dokter harus memberikan pengobatan secara adil kepada pasien dengan tidak memandang status sosial-ekonomi mereka. Selain itu, asas keadilan juga mengharuskan dokter untuk menghormati semua hak pasien, antara lain hak atas kerahasiaan (*privacy*) pasien, hak atas informasi dan memberikan persetujuan, dan sebagainya.

5. Asas kesetiaan

Asas ini berarti bahwa dokter harus dapat dipercaya dan setia terhadap amanah yang diberikan oleh pasien kepada dirinya. Pasien berobat kepada dokter karena percaya bahwa dokter akan menolong dirinya untuk mengatasi penyakit yang dideritanya. Hal ini merupakan amanah yang harus dilaksanakan oleh dokter dengan penuh tanggung jawab, untuk menggunakan segala pengetahuan dan keterampilan yang dimilikinya demi keselamatan jiwa pasiennya.

6. Asas kejujuran

Asas kejujuran menghendaki adanya kejujuran dari kedua belah pihak, baik dokter maupun pasien. Dokter harus secara jujur mengemukakan hasil pengamatan dan pemeriksaan yang dilakukannya kepada pasien, sementara itu pasien pun harus secara jujur mengungkapkan riwayat perjalanan penyakitnya. Dalam praktik sehari-hari, pelaksanaan *informed consent* harus berorientasi pada kejujuran.

Dengan berlakunya UU Praktik Kedokteran yang mencantumkan asas-asas penyelenggaraan praktik kedokteran di dalam Bab II Pasal 2, maka asas-asas tentang praktik kedokteran sudah mempunyai kekuatan mengikat. Namun asas-asas yang tercantum di dalam UU Praktik Kedokteran sedikit berbeda dengan beberapa asas yang telah diuraikan di atas. Pasal 2 UU Praktik Kedokteran berbunyi:

“Penyelenggaraan praktik kedokteran dilaksanakan berdasarkan Pancasila dan didasarkan pada nilai ilmiah, manfaat, keadilan, kemanusiaan, keseimbangan, serta perlindungan dan keselamatan pasien.”

Pengertian terhadap asas-asas tersebut tercantum di dalam penjelasan Pasal 2, yaitu:

1. Ilmiah adalah bahwa praktik kedokteran harus didasarkan pada ilmu pengetahuan dan teknologi yang diperoleh, baik dari pendidikan, pengalaman, serta etika profesi.
2. Manfaat adalah bahwa penyelenggaraan praktik kedokteran harus memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi kemanusiaan, dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.
3. Keadilan adalah bahwa penyelenggaraan praktik kedokteran harus mampu memberikan pelayanan yang adil dan merata kepada setiap orang, dengan biaya yang terjangkau oleh masyarakat serta pelayanan yang bermutu.
4. Kemanusiaan adalah bahwa penyelenggaraan praktik kedokteran memberikan perlakuan yang sama dengan tidak membedakan suku, bangsa, agama, status sosial, maupun ras.
5. Keseimbangan adalah bahwa penyelenggaraan praktik kedokteran tetap menjaga keserasian serta keselarasan antara kepentingan individu dan masyarakat.
6. Perlindungan dan keselamatan pasien adalah bahwa penyelenggaraan praktik kedokteran tidak hanya memberikan pelayanan kesehatan semata, tetapi harus mampu memberikan peningkatan derajat kesehatan dengan tetap memperhatikan perlindungan dan keselamatan pasien.

Walaupun hukum telah menetapkan enam asas yang tercantum di dalam UU Praktik Kedokteran sebagai *lex specialis* yang mengikat para dokter dalam menjalankan profesinya, tetapi akan lebih bijaksana bila dokter juga mematuhi semua asas yang telah disebutkan di atas, sebagai asas-asas yang dianjurkan oleh para pakar hukum untuk dipatuhi. Hal ini karena kepatuhan dokter dalam memegang asas-asas sebagai prinsip dasar pelaksanaan profesinya akan memayungi dokter tersebut dari tuntutan pasien yang mungkin bisa timbul dalam praktik sehari-hari yang dilakukannya.¹²²

¹²² Isfandyarie, *op. cit.*, hal. 88.

BAB 3

ASPEK HUKUM DALAM PELAKSANAAN INFORMED CONSENT ANTARA DOKTER DAN PASIEN

3.1 DOKTER DAN PASIEN DALAM DUNIA KEDOKTERAN

3.1.1 Latar Belakang Profesi Dokter

Perkembangan ilmu kedokteran mengungkapkan bahwa kebutuhan manusia terhadap pengobatan adalah setua umat manusia. Sejak awal, jika seseorang merasa sakit atau mengalami gangguan pada tubuhnya, maka ia akan selalu mencoba untuk mengetahui apa yang menjadi penyebabnya. Ia juga mengkhawatirkan bahwa nyawanya terancam, sebab ia tahu bahwa ia dapat saja meninggal jika tidak segera ditolong atau dibebaskan dari gangguan tersebut. Kekhawatiran tersebut mendorongnya untuk mencari pengobatan.¹²³

Sebelum konsep dokter dikenal, seseorang yang dimintai pertolongan untuk memberikan pengobatan serta dianggap ahli dalam menyembuhkan tubuh manusia disebut tabib. Kehadiran tabib untuk meringankan penderitaan orang sakit mulai terlihat sekitar tahun 2500 SM di Mesir dan Cina. Pada masa tersebut, penyakit dianggap sebagai hukuman atau kutukan dari dewa atau Tuhan. Jika seseorang sakit, maka ia akan datang untuk meminta pertolongan kepada orang-orang yang dianggap dekat dengan dewa atau Tuhan. Berobat dan bertobat merupakan dua hal yang seolah-olah berjalan bersama-sama. Oleh karena itu, penyembuhan orang sakit dipercayakan kepada para imam atau pendeta. Penyakit dianggap mempunyai sebab-sebab religius yang berkaitan dengan dosa, sehingga doa dan kurban untuk memperoleh pengampunan dosa diharapkan dapat menyembuhkan penyakit yang diderita seseorang. Itulah sebabnya, dalam masyarakat primitif maupun yang sudah maju sekalipun, seorang pemimpin agama atau imam sekaligus berfungsi sebagai tabib.¹²⁴

Walaupun demikian, sejak awal manusia juga sudah berusaha untuk memperoleh hal-hal dari alam sekitarnya yang dapat membantu untuk mempertahankan kesehatan manusia. Ia membersihkan tubuhnya dengan air dan

¹²³ Komalawati (b), *op. cit.*, hal. 29.

¹²⁴ *Ibid.*, hal. 29-30.

menjauhkan diri dari makanan-makanan yang tidak sehat. Dengan kata lain, mereka tidak hanya berupaya untuk mengobati penyakit, tetapi juga sudah berupaya untuk mencegah penyakit. Contohnya di Afrika terdapat kepercayaan yang melarang pribumi untuk mengadakan kontak fisik dengan orang asing agar mereka tidak dirasuki oleh roh jahat. Larangan ini berkaitan dengan bahaya penularan penyakit.¹²⁵

Namun jauh sebelumnya, bangsa-bangsa kuno umumnya percaya bahwa penyakit mempunyai sebab-sebab spiritual, yaitu adanya kekuatan roh, setan-setan, dan dewa-dewa yang dapat mempengaruhi seluruh alam semesta, termasuk kehidupan seseorang. Mereka percaya bahwa terdapat orang-orang yang mempunyai kekuatan dan pengaruh jahat, yang dapat dipindahkan kepada orang lain hanya dengan sedikit sentuhan atau pandangan. Orang-orang yang dianggap mempunyai kemampuan untuk mengusir pengaruh jahat tersebut disebut *exorcist*.¹²⁶

Hermes Trismegistus, seorang cendekiawan dan filsuf, mengemukakan bahwa hidup di dunia dipengaruhi oleh sinar-sinar yang berasal dari bintang. Dimulailah praktik penyembuhan penyakit berdasarkan ilmu perbintangan (astrologi), di mana jika seseorang sakit maka harus ditemukan bintangnya terlebih dahulu agar proses penyembuhan dapat dilakukan. Lambat laun orang-orang mulai memisahkan ilmu pengobatan dari paham religius. Mereka mulai berpikir bahwa sebab-sebab penyakit berasal dari luar dan usaha penyembuhannya dapat dilakukan dengan mengimbangi pengaruh tersebut.¹²⁷

Pada masa astrologi ini, manusia mulai sadar bahwa di alam semesta terdapat tenaga-tenaga alamiah yang dapat dianalisis, dilokalisir, dan digunakan. Mereka pun mulai mempelajari dan menguasai ilmu-ilmu tentang alam, sehingga orang-orang yang berilmu menjadi sangat dihormati. Perkembangan ilmu pengetahuan ini melahirkan kultus-kultus medis, seperti Asclepius yang banyak mempunyai pengikut di Yunani dan Romawi. Dahulu terdapat kepercayaan bahwa jika seseorang memasuki salah satu kuil Asclepius untuk meminta pengobatan, maka pada waktu tidur ia akan dikunjungi oleh roh Asclepius yang berbentuk ular.

¹²⁵ *Ibid.*, hal. 30.

¹²⁶ *Ibid.*

¹²⁷ *Ibid.*, hal. 30-31.

Melalui roh tersebut, ia diharapkan dapat memperoleh kesembuhan. Itulah sebabnya, sampai sekarang lambang kedokteran adalah seekor ular.¹²⁸

Di Mesir, metode-metode konsepsional yang dipakai adalah secara religius dan empiris, karena para tabib sudah mulai mengadakan dialog dengan pasien, memeriksa tubuh, bahkan memeriksa air seni, kotoran, dan ludah. Mereka juga sudah mulai mengetahui tentang sistem saluran darah yang berpusat di jantung, namun belum mengetahui perbedaan antara gejala penyakit dan penyakit.¹²⁹

Pada masa selanjutnya, manusia mulai mengerti bahwa penyakit bersumber dari dalam tubuh itu sendiri, yang disebabkan oleh suatu gangguan dalam anatomi tubuh. Konsep ini disebut *metaphysical*. Menurut argumen *metaphysical*, cairan-cairan yang dibentuk di dalam tubuh manusia oleh penyatuan unsur-unsur tertentu menghasilkan darah, lendir, serta empedu hitam dan kuning. Oleh karena itu, setiap percampuran yang salah atau berekses dapat menyebabkan seseorang jatuh sakit. Prinsip ini pada dasarnya sudah ditemukan di India dan Cina, walaupun dalam bentuk yang berbeda.¹³⁰

Walaupun sebenarnya prosedur penyembuhan yang telah ditemukan di Mesir, Cina, dan India pada dasarnya sama dengan prosedur Hippocrates, namun dunia Barat dan dunia kedokteran pada umumnya menerima metode-metode konsepsional pengobatan melalui pengaruh Yunani. Hippocrates merupakan tokoh yang paling terkenal dalam dunia kedokteran dan filsafat Yunani, yang kemudian dianggap sebagai Bapak Ilmu Kedokteran Modern. Ia mencoba untuk mendekati upaya pengobatan penyakit dari sisi yang lebih rasional, serta menentukan diagnosis dengan cara-cara yang sistematis. Ia juga berusaha untuk membuat pemisahan secara halus antara ilmu kedokteran dan agama dengan menepis anggapan bahwa penyakit adalah kutukan atau hukuman dari dewa atau Tuhan. Dengan kata lain, Hippocrates mulai melepaskan penyakit dari sebab-sebab spiritual, memusatkan seluruh perhatian pada tubuh itu sendiri dengan mempelajari gejala-gejala dan tanda-tanda penyakit, serta berusaha untuk

¹²⁸ *Ibid.*, hal. 31.

¹²⁹ *Ibid.*

¹³⁰ *Ibid.*, hal. 31-32.

mengatasi gangguan penyakit dengan cara penyembuhan yang empiris dan rasional.¹³¹

Namun, ternyata terdapat kemunduran pandangan dalam dunia kedokteran sekitar abad ke-5 sampai ke-9. Lembaga kedokteran yang mandiri diambil alih oleh para pendeta. Mereka kemudian menuliskan pandangan mereka tentang penyakit, yang hampir seluruhnya bersifat moralistik. Penyakit dikaitkan kembali dengan dosa dan kutukan. Para pendeta melakukan pengobatan dan menyatakan bahwa dokter hanya mengobati fisik seseorang saja, tetapi tidak terhadap jiwanya. Hanya ajaran agama yang sanggup memperbaiki jiwa manusia yang sakit tersebut.¹³²

Pandangan di atas dengan sendirinya meletakkan posisi orang sakit di bawah sang pengobat. Pasien dianggap tidak tahu dan tidak perlu tahu tentang sebab-sebab penyakitnya, karena penyakit merupakan manifestasi dari kutukan Tuhan. Agar dapat diampuni dan dibebaskan dari penyakitnya, maka ia harus sepenuhnya tunduk pada perintah pendeta. Partisipasi pasien yang diperbolehkan hanyalah patuh secara mutlak kepada sang pengobat. Hubungan ini benar-benar bersifat paternalistik.¹³³

Pola hubungan yang paternalistik ini pada abad-abad selanjutnya mendapatkan tantangan dengan munculnya pola konsumerisme. Dalam pola konsumerisme, hubungan dokter dan pasien diidentifikasi sebagai hubungan antara penyedia jasa (dokter) dan penerima jasa (pasien). Berbeda dengan pola paternalistik, pola konsumerisme menempatkan pasien pada posisi *the patient knows best*. Ia berhak untuk mengetahui segala tindakan yang dilakukan oleh dokter terhadap dirinya dan untuk apa tindakan tersebut dilakukan, karena pasien memiliki posisi sebagai pembeli jasa. Modernisasi dan penguasaan teknologi maju juga memiliki peran penting dalam meningkatkan rasionalitas manusia.¹³⁴

Tidak berbeda dengan perkembangan dunia kedokteran pada umumnya di seluruh dunia, dunia kedokteran di Indonesia juga mengalami perkembangan yang sejenis. Pola hubungan dokter dan pasien yang tadinya paternalistik, seiring

¹³¹ *Ibid.*, hal. 32.

¹³² Soerjono Soekanto dan Kartono Mohamad, *Aspek Hukum dan Etika Kedokteran di Indonesia*, (Jakarta: Grafiti Pers, 1983), hal. 20.

¹³³ Komalawati (b), *op. cit.*, hal. 33.

¹³⁴ *Ibid.*, hal. 33-34.

dengan perkembangan ilmu pengetahuan kemudian berubah menjadi pola *partnership*, di mana dokter dan pasien memiliki kedudukan yang seimbang dan sederajat.¹³⁵

3.1.2 Pengertian Profesi Dokter

Dalam Bab I (Ketentuan Umum) Pasal 1 butir 11 UU Praktik Kedokteran disebutkan pengertian profesi dokter, yaitu:

*“Profesi kedokteran atau kedokteran gigi adalah suatu pekerjaan kedokteran atau kedokteran gigi yang dilaksanakan berdasarkan suatu keilmuan, kompetensi yang diperoleh melalui pendidikan yang berjenjang, dan kode etik yang bersifat melayani masyarakat.”*¹³⁶

Unsur-unsur yang terdapat di dalam pengertian profesi dokter di atas yaitu:

1. Dilaksanakan berdasarkan suatu keilmuan: Dalam menjalankan profesinya, dokter mempraktikkan ilmu kedokteran, yang mempelajari tubuh manusia atau hewan dan merupakan cabang dari ilmu pengetahuan alam.
2. Kompetensi yang diperoleh melalui pendidikan yang berjenjang: Setiap dokter mendapatkan wewenang dan kompetensi untuk mengemban profesi dokter setelah melewati beberapa tahap pendidikan, di antaranya yaitu pendidikan sarjana kedokteran, pendidikan kedokteran umum, dan pendidikan kedokteran spesialis.
3. Kode etik yang bersifat melayani masyarakat: Setiap dokter terikat pada Kode Etik Kedokteran Indonesia (Kodeki), yang mengatur tanggung jawab etik pengemban profesi dokter dan wajib dipatuhi serta dijalankan setiap saat di dalam lingkungan masyarakat.¹³⁷

¹³⁵ *Ibid.*, hal. 34.

¹³⁶ Isfandyarie, *op. cit.*, hal. 23.

¹³⁷ *Ibid.*

Dari rumusan yang tercantum di dalam UU Praktik Kedokteran tersebut, dapat diketahui bahwa dokter merupakan pengemban profesi kedokteran yang tentunya juga memiliki ciri-ciri profesi, sebagaimana pengemban profesi pada umumnya.¹³⁸

Komalawati menyimpulkan bahwa hakikat profesi adalah panggilan hidup untuk mengabdikan diri pada kemanusiaan yang didasarkan pada pendidikan, yang harus dilaksanakan dengan kesungguhan niat dan tanggung jawab. Beberapa ciri profesi yaitu:

1. Merupakan suatu pekerjaan yang berkedudukan tinggi, yang dilaksanakan oleh para ahli yang terampil dalam menerapkan pengetahuan secara sistematis.
2. Mempunyai kompetensi eksklusif terhadap pengetahuan dan keterampilan tertentu.
3. Didasarkan pada pendidikan yang intensif dan disiplin tertentu.
4. Mempunyai tanggung jawab untuk mengembangkan pengetahuan dan keterampilan serta mempertahankan kehormatannya.
5. Mempunyai etik tersendiri sebagai pedoman untuk menilai pekerjaannya.
6. Cenderung mengabaikan pengendalian dari masyarakat atau individu.
7. Pelaksanaannya dipengaruhi oleh masyarakat, kelompok kepentingan tertentu, dan organisasi profesional lainnya, terutama dari segi pengakuan terhadap kemandiriannya.¹³⁹

Parsons juga mengemukakan beberapa ciri khusus profesi, yaitu:

1. *Disinterestedness*, yaitu tidak mengacu kepada pamrih. Nilai ini harus dijadikan patokan normatif bagi pengemban profesi.
2. Rasionalitas, yaitu melakukan usaha untuk mencari yang terbaik dengan berpedoman pada pertimbangan yang dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah. Perwujudan sistem pekerjaan profesi dilaksanakan dengan berbasis pada rasionalitas, yang merupakan salah satu ciri dominan di dalam ilmu pengetahuan.
3. Spesifitas fungsional, yaitu para profesional mempunyai kewibawaan atau otoritas di dalam masyarakat dengan struktur sosiologis yang khas, yang

¹³⁸ *Ibid.*

¹³⁹ Komalawati (a), *op. cit.*, hal. 19.

bertumpu pada kompetensi teknis superior yang hanya dimiliki oleh pengemban profesi yang bersangkutan. Oleh karena itu, seorang profesional dianggap sebagai orang yang memiliki otoritas hanya di dalam bidangnya.

4. Universalitas, yaitu dasar pengambilan keputusan bukan pada “siapa” ataupun keuntungan pribadi yang dapat diambil oleh pengambil keputusan, tetapi berdasarkan pada “apa” yang menjadi masalah.¹⁴⁰

Dari uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa sebagai pengemban profesi, dokter adalah orang yang memiliki keahlian dan keterampilan dalam ilmu kedokteran, yang secara mandiri mampu untuk memenuhi kebutuhan masyarakat yang memerlukan pelayanannya. Selain itu, dokter juga harus mampu untuk memutuskan sendiri tindakan yang harus dilakukan dalam melaksanakan profesinya, serta secara pribadi bertanggung jawab atas mutu pelayanan yang diberikannya.¹⁴¹

Jika dilihat dari otoritas yang bertumpu pada kompetensi keahlian dan keterampilan yang dimiliki oleh dokter, dapat diketahui bahwa kedudukan pasien dalam kompetensi keahlian ini berada pada posisi inferior. Pasien tidak dapat melakukan penilaian secara objektif atas profesionalisme pelayanan yang dilakukan oleh dokter. Walaupun demikian, pasien bebas untuk menentukan kepada siapa pasien bisa memberikan kepercayaan untuk mendapatkan pelayanan profesional yang bermutu dan bermartabat. Di sisi lain, dokter juga mempercayai bahwa pasien membutuhkan pelayanan profesionalnya, yang harus dilaksanakannya dengan kesungguhan niat dan tanggung jawab untuk mengatasi keluhan pasien tersebut. Agar tercapai hasil yang optimal, pihak dokter maupun pasien harus dapat bekerja sama.¹⁴²

Dari kebebasan menentukan kehendak tersebut, walaupun secara sosio-psikologis hubungan antara pasien dan dokter tidak seimbang, namun secara formal yuridis hubungan kedua belah pihak mempunyai kedudukan yang sama. Dengan kata lain, hubungan antara dokter dan pasien merupakan hubungan personal yang bersifat horizontal (personal horizontal).¹⁴³

¹⁴⁰ *Ibid.*

¹⁴¹ Isfandyarie, *op. cit.*, hal. 25.

¹⁴² *Ibid.*

¹⁴³ *Ibid.*, hal. 25-26.

Dilihat dari isi Sumpah Hippocrates, pelayanan dokter tidak hanya menyangkut kepentingan dokter dan pasien, tetapi juga menyangkut kehormatan dokter atas kepercayaan yang dilimpahkan oleh para dewa kepadanya untuk menolong sesama manusia. Kesetiaan atau pengkhianatan pada sumpah tersebut akan menimbulkan akibat nyata bagi hidupnya, karena para dewa mempunyai kepentingan dalam pelaksanaan profesi yang dijalankan oleh dokter. Hal ini dapat dilihat pada kalimat pertama Sumpah Hippocrates yang berbunyi:

*“I swear by Apollo the Physician, by Aesculapius, Hygeia, and Panacea, and I take to witness all the Gods, all the Goddesses, to keep according to my ability and my judgement the following oath: ...”*¹⁴⁴

Berdasarkan kalimat di atas, dapat diartikan bahwa hubungan personal horizontal tersebut didasarkan atas kepercayaan, baik kepercayaan pasien terhadap dokter maupun dokter terhadap para dewa yang akan melindunginya dalam menjalankan profesinya, karena dokter mendapatkan kepercayaan dari para dewa untuk menolong sesama manusia.¹⁴⁵

3.1.3 Syarat Sah Dokter

Untuk dapat memiliki kompetensi dan kewenangan sebagai pengemban profesi dokter, seseorang harus mengikuti dan melewati pendidikan kedokteran terlebih dahulu. Pasal 3 Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (PP Tenaga Kesehatan) menyatakan bahwa tenaga kesehatan wajib memiliki pengetahuan dan keterampilan di bidang kesehatan, yang dinyatakan dengan ijazah dari lembaga pendidikan. Pasal 8 ayat (1) PP ini kemudian menyatakan bahwa pendidikan di bidang kesehatan dilaksanakan di lembaga pendidikan yang diselenggarakan oleh pemerintah atau masyarakat. Dalam hal profesi dokter, lembaga pendidikan yang menyelenggarakan pendidikan di bidang kedokteran adalah Fakultas Kedokteran.¹⁴⁶

¹⁴⁴ Komalawati (a), *op. cit.*, hal. 21.

¹⁴⁵ *Ibid.*

¹⁴⁶ Indonesia (c), *Peraturan Pemerintah tentang Tenaga Kesehatan*, PP No. 32 Tahun 1996, ps. 3 dan 8 ayat (1).

Setelah menyelesaikan pendidikan Sekolah Menengah Atas (SMA), para pelajar harus bersaing untuk dapat diterima di Fakultas Kedokteran. Hampir semua Fakultas Kedokteran menetapkan kriteria yang ketat dalam penerimaan mahasiswanya. Mereka menerima mahasiswa yang memiliki kemampuan intelektual yang cemerlang serta memiliki kesehatan fisik dan mental yang baik. Setelah diterima di Fakultas Kedokteran, para mahasiswa harus menjalani pendidikan kedokteran dasar yang lamanya sekitar empat sampai lima tahun. Para mahasiswa dituntut untuk memiliki daya ingat yang tinggi, karena harus menghafal beragam struktur dan fungsi tubuh secara klinis, anatomis, fisiologis, histologis, biokimia, dan sebagainya.¹⁴⁷

Setelah menyelesaikan pendidikan dasar, para mahasiswa akan memperoleh gelar Sarjana Kedokteran (S.Ked). Untuk dapat menjadi dokter sepenuhnya, mereka perlu menjalani kegiatan kepaniteraan klinik (*coshaap*) yang lamanya sekitar dua sampai empat tahun. Pada kepaniteraan klinik ini, para mahasiswa mulai berhadapan langsung dengan pasien di rumah sakit. Mereka mulai diberikan kesempatan untuk melakukan kontak langsung serta memberikan pengobatan dan tindakan kepada pasien. Pada jenjang ini, mereka melakukan rotasi tugas di berbagai unit medis yang ada di rumah sakit, seperti unit penyakit dalam, bedah, anak, atau kebidanan. Meskipun telah dapat merawat pasien, tetapi pada tahap ini mereka belum memiliki otoritas secara penuh. Mereka hanya dapat memberikan pengobatan atau tindakan setelah mendapatkan persetujuan dari dokter senior atau dokter yang bertugas. Pada setiap unit yang mereka lewati, pengetahuan dan kemampuan klinis mereka akan diuji oleh dokter senior atau komite dosen. Bila mereka berhasil menyelesaikan semua tugas di unit-unit ini dan lulus pada ujian skala lokal maupun nasional, maka mereka dapat diwisuda dan mendapatkan gelar dokter umum.¹⁴⁸

Setelah menjadi dokter umum, para dokter diharuskan untuk menjalani kegiatan masa bakti yang lamanya sekitar tiga tahun. Kegiatan ini bertujuan untuk memberikan kesempatan kepada mereka untuk menerapkan ilmu dan keterampilannya di dalam masyarakat. Kegiatan ini dilakukan melalui program

¹⁴⁷ Iqbal Mochtar, *Dokter Juga Manusia*, (Jakarta: Gramedia Pustaka Utama, 2009), hal. 222.

¹⁴⁸ *Ibid.*, hal. 222-223.

dokter Pegawai Tidak Tetap (PTT), di mana para dokter ditugaskan di berbagai pusat kesehatan masyarakat (puskesmas), rumah sakit, Kementerian Kesehatan, dan sebagainya. Pada masa bakti ini, mereka sudah memiliki otoritas, wewenang, dan tanggung jawab individu dalam menangani pasien.¹⁴⁹

Setelah menyelesaikan masa bakti, barulah dokter memperoleh izin penuh untuk menjalankan profesinya sesuai dengan keinginan mereka. Mereka dapat memilih antara menjalankan praktik pribadi, tetap bekerja di puskesmas atau rumah sakit, atau melanjutkan pendidikan spesialis atau pendidikan formal lainnya, seperti program master atau doktor. Bagi mereka yang memilih untuk berpraktik secara pribadi, status mereka saat berpraktik adalah sebagai dokter umum. Sedangkan jika ingin mengambil pendidikan spesialisasi, mereka harus menjalani serangkaian tes pendidikan spesialis. Bila dinyatakan lulus, mereka kembali harus mempersiapkan diri untuk melanjutkan pendidikan spesialisasi kedokteran yang lamanya bervariasi antara tiga sampai delapan tahun, tergantung bidang spesialisasi yang dipilih. Bila mereka menyelesaikan dengan baik seluruh proses pendidikan ini, maka mereka berhak untuk mendapatkan gelar spesialis dan menjalankan praktik sebagai dokter spesialis.¹⁵⁰

Tidak sedikit dokter yang setelah menjadi spesialis kembali melanjutkan pendidikannya menjadi subspecialis. Mereka memperdalam sebuah subjek yang terdapat di dalam bidang spesialisasinya. Biasanya untuk menjadi subspecialis memerlukan waktu antara dua sampai empat tahun, tergantung bidang subspecialisasi yang dipilih. Setelah menyelesaikan jenjang ini, maka mereka dapat menjadi dokter subspecialis dan menjalankan praktik subspecialisasi.¹⁵¹

Selain mengikuti dan melewati pendidikan kedokteran, UU Praktik Kedokteran menyatakan bahwa dokter berkewajiban untuk mengurus Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktik (SIP), sebagai syarat untuk dapat melakukan praktik kedokteran. Pengaturan mengenai STR di antaranya yaitu:

1. Setiap dokter atau dokter gigi yang melakukan praktik kedokteran di Indonesia wajib memiliki STR dokter atau dokter gigi (Pasal 29 ayat (1)).

¹⁴⁹ *Ibid.*, hal. 223-224.

¹⁵⁰ *Ibid.*, hal. 224-225.

¹⁵¹ *Ibid.*, hal. 225.

2. STR diterbitkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia (Pasal 29 ayat (2)) yang berkedudukan di ibukota negara (Pasal 5).
3. Masa berlaku STR dokter atau dokter gigi adalah lima tahun dan diregistrasi ulang selama lima tahun sekali (Pasal 29 ayat (4)).
4. Persyaratan untuk memperoleh STR yaitu (Pasal 29 ayat (3)):
 - a. Memiliki ijazah dokter, dokter spesialis, dokter gigi, atau dokter gigi spesialis.
 - b. Mempunyai surat pernyataan bahwa ia telah mengucapkan sumpah atau janji dokter atau dokter gigi.
 - c. Memiliki surat keterangan sehat secara fisik dan mental.
 - d. Memiliki sertifikat kompetensi yang dikeluarkan oleh kolegium yang bersangkutan.
 - e. Membuat pernyataan bahwa ia akan mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi.¹⁵²

Terdapat tiga bentuk STR yang dikeluarkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia, yaitu:

1. STR yang berlaku bagi dokter atau dokter gigi Warga Negara Indonesia (WNI), yang telah memenuhi persyaratan untuk menjalankan praktik kedokteran di Indonesia.
2. STR Sementara yang berlaku bagi dokter atau dokter gigi Warga Negara Asing (WNA), yang melakukan kegiatan dalam rangka pendidikan, pelatihan, penelitian, atau pelayanan kesehatan di bidang kedokteran, yang bersifat sementara di Indonesia.
3. STR Bersyarat yang diberikan kepada peserta program pendidikan dokter spesialis atau dokter gigi spesialis WNA, yang mengikuti pendidikan dan pelatihan di Indonesia.¹⁵³

Sedangkan pengaturan mengenai SIP di antaranya yaitu:

¹⁵² Isfandyarie, *op. cit.*, hal. 105-106.

¹⁵³ *Ibid.*, hal. 108.

1. SIP merupakan bukti tertulis yang wajib dimiliki oleh setiap dokter atau dokter gigi yang melakukan praktik kedokteran di Indonesia (Pasal 36).
2. Yang berhak mengeluarkan SIP adalah pejabat yang berwenang di kabupaten atau kota tempat praktik kedokteran atau kedokteran gigi dilaksanakan (Pasal 37).
3. SIP hanya diberikan untuk paling banyak tiga tempat praktik, di mana satu SIP hanya berlaku untuk satu tempat praktik (Pasal 37 ayat (2)-(3)).
4. Persyaratan untuk mendapatkan SIP yaitu memiliki STR dokter atau dokter gigi yang masih berlaku, mempunyai tempat praktik, dan memiliki rekomendasi dari organisasi profesi (Pasal 38 ayat (1)).
5. SIP masih tetap berlaku sepanjang STR dokter atau dokter gigi masih berlaku dan tempat praktik masih sesuai dengan yang tercantum di dalam SIP (Pasal 38 ayat (2)).¹⁵⁴

3.1.4 Jenis Dokter

Profesi dokter merupakan profesi tertua di bidang pelayanan kesehatan dan pada mulanya di bidang ini hanya dikenal satu disiplin, yaitu ilmu kedokteran. Kemudian, ilmu kedokteran bercabang menjadi ilmu kedokteran pengobatan (*medicine*) dan ilmu kedokteran pembedahan (*surgery*). Dengan kemajuan pesat di bidang anatomi, fisiologi, kimia, dan fisika, maka baik ilmu kedokteran pengobatan maupun pembedahan menghasilkan berbagai spesialisasi dan subspecialisasi.¹⁵⁵

Perkembangan profesi dokter sejalan dengan perkembangan ilmu dan teknologi di bidang kedokteran yang semakin luas dan mendalam. Tetapi di samping tuntutan ilmu dan teknologi itu sendiri yang membutuhkan perkembangan dan pembaharuan, perkembangan profesi juga terjadi karena tuntutan kebutuhan masyarakat yang disebabkan oleh semakin kompleksnya penyakit yang terdapat di dalam masyarakat.¹⁵⁶

Di Indonesia, jenis-jenis dokter dapat dilihat di dalam PP Tenaga Kesehatan Pasal 2 butir 2, yang menyebutkan bahwa tenaga medis terdiri dari dokter dan

¹⁵⁴ *Ibid.*, hal. 108-109.

¹⁵⁵ Komalawati (a), *op. cit.*, hal. 31.

¹⁵⁶ *Ibid.*, hal. 31-32.

dokter gigi. Dokter merupakan pengemban profesi kedokteran secara umum di luar gigi dan mulut, sedangkan dokter gigi merupakan pengemban profesi kedokteran yang khusus menangani gigi dan mulut. Jenis-jenis dokter yang sedikit lebih rinci dapat dilihat di dalam Pasal 1 butir 6 Permenkes Persetujuan Tindakan Kedokteran, yang menyatakan bahwa dokter dan dokter gigi terdiri dari dokter, dokter spesialis, dokter gigi, dan dokter gigi spesialis. Pasal ini memperlihatkan bahwa secara garis besar profesi dokter dan dokter gigi dapat dibagi menjadi dua jenis dokter, yaitu:

1. Dokter umum

Dokter umum menangani berbagai kasus penyakit yang menjadi masalah umum di dalam masyarakat. Tugas utamanya adalah mencegah berjangkitnya suatu penyakit dan penularannya, diagnosis penyakit berat secara dini, dan mengobati kasus penyakit umum di masyarakat.¹⁵⁷

Umumnya, seorang dokter umum harus melaksanakan wajib kerja sarjana, antara lain bekerja di puskesmas. Dokter umum yang bekerja di puskesmas bertanggung jawab atas kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya dan melaksanakan semua program pemerintah di bidang kesehatan. Dokter umum juga dapat memberikan pelayanan pribadi kepada perorangan dalam praktik pribadi, dengan izin dari pemerintah daerah setempat dan dilaksanakan di tempat tertentu.¹⁵⁸

2. Dokter spesialis

Dokter spesialis adalah dokter yang mengkhususkan diri dalam suatu bidang ilmu kedokteran tertentu. Untuk menjadi dokter spesialis, seorang dokter umum harus mengikuti pendidikan khusus yang jangka waktunya bervariasi, tergantung pada spesialisasi yang diambilnya. Pendidikan dokter spesialis di Indonesia dinamakan Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS), yaitu program pendidikan yang melatih seorang dokter umum untuk menjadi dokter spesialis tertentu. Dokter umum yang melanjutkan pendidikan sebagai dokter spesialis

¹⁵⁷ Indonesia (d), *Ensiklopedi Nasional Indonesia*, (Jakarta: Cipta Adi Pustaka, 1989), hal. 392.

¹⁵⁸ *Ibid.*, hal. 393.

disebut residen. Dokter spesialis menjadi tempat merujuk bagi kasus penyakit yang tidak dapat ditangani oleh dokter umum, menurut bidang keahliannya.¹⁵⁹

Gelar-gelar dokter spesialis di Indonesia antara lain yaitu:

- a. Sp.A - Spesialis Anak. Dokter ini selevel dengan Sp.PD dalam cakupan ruang lingkup tugas dan tanggung jawabnya, tetapi spesialis ini khusus menangani pasien anak.
- b. Sp.An - Spesialis Anestesi. Dokter spesialis yang bertugas untuk melakukan pembiusan serta menangani pasien-pasien di *Intensive Care Unit* (ICU).
- c. Sp.And - Spesialis Andrologi. Spesialis yang menangani kelainan-kelainan yang berkaitan dengan hormon seksual pada laki-laki, misalnya disfungsi ereksi dan gangguan seksual lainnya.
- d. Sp.B - Spesialis Bedah.
- e. Sp.BA - Spesialis Bedah Anak.
- f. Sp.BD - Spesialis Bedah Digestif. Spesialis bedah untuk penyakit organ-organ pencernaan seperti usus, hati, pankreas, dan kantong empedu.
- g. Sp.BM - Spesialis Bedah Mulut.
- h. Sp.BOnk - Spesialis Bedah Onkologi. Dokter ini menangani pembedahan tumor dan kanker.
- i. Sp.BOT - Spesialis Bedah Orthopedi dan Traumatologi. Dokter ini menangani pembedahan tulang, otot, ligamen (jaringan yang menyambung otot dan tulang), serta keadaan yang diakibatkan oleh trauma atau luka akibat kecelakaan, bencana, dan sebagainya.
- j. Sp.BP - Spesialis Bedah Plastik.
- k. Sp.BS - Spesialis Bedah Saraf. Dokter ini menangani pembedahan saraf seperti otak, tulang belakang, dan saraf-saraf lainnya.
- l. Sp.BTKV - Spesialis Bedah Toraks Kardiovaskuler. Dokter ini menangani pembedahan pada organ dada, termasuk jantung, pembuluh darah jantung, dan paru-paru.
- m. Sp.EM - Spesialis Kedaruratan Medik.
- n. Sp.F - Spesialis Kedokteran Forensik.

¹⁵⁹ *Ibid.*

- o. Sp.FK - Spesialis Farmakologi Klinik.
- p. Sp.GK - Spesialis Gizi Klinik. Dokter ini menangani perawatan gizi pada penyakit-penyakit seperti diabetes, kegemukan, dan keadaan-keadaan lain yang memerlukan penanganan gizi.
- q. Sp.JP - Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah. Spesialis ini merupakan pengembangan spesialisasi dari penyakit dalam. Ahli ini menangani pasien jantung dengan kemampuan untuk melebarkan atau memasang cincin pada penyempitan pembuluh koroner yang menyebabkan serangan jantung, memasang alat pacu jantung, dan berbagai tindakan invasif lainnya.
- r. Sp.KG - Spesialis Konservasi Gigi.
- s. Sp.KGA- Spesialis Kedokteran Gigi Anak.
- t. Sp.KJ - Spesialis Kedokteran Jiwa. Dokter ini menangani pasien-pasien yang menderita penyakit jiwa dan gangguan mental lainnya.
- u. Sp.KK - Spesialis Penyakit Kulit dan Kelamin.
- v. Sp.KN - Spesialis Kedokteran Nuklir.
- w. Sp.KO - Spesialis Kedokteran Olahraga.
- x. Sp.M - Spesialis Mata.
- y. Sp.MK - Spesialis Mikrobiologi Klinik. Dokter ini bertugas untuk mengidentifikasi kuman yang menyebabkan penyakit pada pasien. Spesialis ini lebih banyak bekerja di laboratorium.
- z. Sp.OG - Spesialis Obstetri dan Ginekologi. Dokter ini menangani masalah kebidanan dan kandungan.
- aa. Sp.Ok - Spesialis Kedokteran Okupasi.
- bb. Sp.Onk.Rad - Spesialis Onkologi Radiasi.
- cc. Sp.Ort - Spesialis Orthodonti.
- dd. Sp.P - Spesialis Paru.
- ee. Sp.PA - Spesialis Patologi Anatomi. Spesialis ini lebih banyak bekerja di laboratorium, di mana objek pemeriksaannya adalah sel dan jaringan tubuh. Contohnya apabila seseorang memiliki benjolan di payudara, maka dokter spesialis ini bisa mengambil contoh benjolan tersebut untuk diperiksa dan ditentukan apakah benjolan tersebut jinak atau ganas. Seringkali dokter

spesialis bidang lain mengirimkan contoh jaringan kepada Sp.PA untuk mendapatkan masukan tentang diagnosis dan pengobatan pasiennya.

- ff. Sp.PD - Spesialis Penyakit Dalam.
- gg. Sp.Perio - Spesialis Periodonsia.
- hh. Sp.PK - Spesialis Patologi Klinik. Dokter ini lebih banyak bertugas di laboratorium untuk memeriksa dan menginterpretasikan pemeriksaan laboratorium pasien, seperti pemeriksaan darah, cairan otak, dan pemeriksaan laboratorium lainnya. Biasanya mereka tidak membuka praktik sendiri dengan gelar spesialisnya, tetapi kadang-kadang berpraktik sebagai dokter umum.
- ii. Sp.PM - Spesialis Penyakit Mulut.
- jj. Sp.Pros - Spesialis Prosthodontia.
- kk. Sp.Rad - Spesialis Radiologi. Dokter ini bertugas untuk melakukan pemeriksaan *image* atau gambar-gambar medis, seperti foto *rontgen*, *CT-Scan*, MRI, dan prosedur-prosedur lainnya dalam membantu diagnosis penyakit dan mengobati pasien. Dokter ini juga memberikan terapi radiasi untuk pasien penderita kanker.
- ll. Sp.RM - Spesialis Rehabilitasi Medik. Dokter ini bertugas untuk melakukan rehabilitasi fungsi-fungsi fisik dan organ yang mengalami gangguan akibat kondisi dan penyakit tertentu, misalnya pasien pasca *stroke* yang kesulitan untuk berbicara dan berjalan, pasien dengan fungsi paru yang menurun akibat penyakit paru kronis atau menahun, dan lain-lain.
- mm. Sp.S - Spesialis Saraf. Dokter ini menangani penyakit-penyakit saraf atau yang terkait dengan fungsi otak, saraf tulang belakang, dan saraf tepi. *Stroke*, kelumpuhan, dan epilepsi adalah contoh-contoh penyakit yang ditangani oleh spesialis ini.
- nn. Sp.THT-KL - Spesialis Telinga Hidung Tenggorokan-Kepala Leher.
- oo. Sp.U - Spesialis Urologi. Dokter ini menangani pembedahan ginjal, saluran kemih, dan alat kelamin.¹⁶⁰

¹⁶⁰ “Gelar Dokter Spesialis dan Artinya”, <http://aminuddin01.wordpress.com/2009/03/29/tahukah-anda-gelar-dokter-spesialis-dan-artinya>, 29 Maret 2009.

3.1.5 Hak dan Kewajiban Dokter dan Pasien

Pada umumnya, seseorang berhubungan dengan dokter apabila ia dalam keadaan sakit atau merasa sakit. Dalam hubungan antara pasien dan dokter maka faktor kepercayaan menjadi salah satu dasarnya, di mana pasien yakin bahwa dokter tersebut memiliki kemampuan untuk menyembuhkan penyakitnya. Hal ini disebabkan karena pasien merupakan orang yang awam terhadap ilmu kedokteran dan tidak mengetahui penyakit yang dideritanya, sehingga ia sangat membutuhkan orang yang dapat dipercaya dan memiliki kemampuan untuk menyembuhkan penyakitnya. Kepercayaan dari pasien inilah yang mengakibatkan kedudukan dokter menjadi lebih tinggi dari pasien. Tetapi dengan berkembangnya masyarakat dan ilmu pengetahuan, maka hubungan yang tidak seimbang ini secara perlahan-lahan mengalami perubahan.¹⁶¹

Semakin meningkatnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap tanggung jawab atas kesehatannya sendiri, mengakibatkan pergeseran paradigma yang berlaku dari kepercayaan yang semula tertuju pada kemampuan dokter secara pribadi, sekarang bergeser ke arah kemampuan ilmu sang pengobat. Dari sinilah kemudian timbul kesadaran warga masyarakat untuk menuntut adanya hubungan yang seimbang antara dokter sebagai pemberi jasa pelayanan kesehatan dengan pasien sebagai pihak penerima jasa pelayanan kesehatan, di mana pasien tidak lagi sepenuhnya pasrah kepada dokter.¹⁶²

Karena bentuk hubungan dokter dan pasien yang sederajat ini, maka kepatuhan si sakit terhadap proses pengobatan dan nasihat yang diberikan oleh dokter akan tercapai bila dokter dapat mengadakan komunikasi timbal balik dengan pasiennya. Dokter yang sangat memperhatikan kepentingan pasien serta bersedia mendengarkan pendapat dan keluhan pasien akan menyebabkan si sakit lebih bersedia untuk mematuhi bimbingan atau nasihatnya, sehingga kesembuhan sebagai produk yang diinginkan oleh kedua belah pihak dapat segera terwujud. Hubungan kontraktual ini menimbulkan hak dan kewajiban dari masing-masing pihak, baik dokter maupun pasien.¹⁶³

¹⁶¹ Husein Kerbala, *Segi-segi Etis dan Yuridis Informed Consent*, (Jakarta: Pustaka Sinar Harapan, 1993), hal. 37.

¹⁶² Isfandyarie, *op. cit.*, hal. 90.

¹⁶³ *Ibid.*, hal. 95.

1. Hak Dokter

Hak-hak dokter tercantum di dalam Pasal 50 UU Praktik Kedokteran, yaitu:

- a. Memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional.
- b. Memberikan pelayanan medis menurut standar profesi dan standar prosedur operasional.
- c. Memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari pasien atau keluarganya.
- d. Menerima imbalan jasa.¹⁶⁴

Apabila dokter tidak melakukan tugasnya sesuai dengan standar, maka ia tidak berhak untuk mendapatkan perlindungan hukum seperti yang disebutkan di atas.¹⁶⁵

Bila dikaitkan dengan transaksi terapeutik antara dokter dan pasien, dapat ditambahkan pendapat Komalawati tentang hak-hak dokter, yaitu:

- a. Hak atas informasi pasien mengenai keluhan-keluhan yang diderita.
- b. Hak atas imbalan jasa atau honorarium.
- c. Hak untuk mengakhiri hubungan dengan pasien, jika pasien tidak mematuhi nasihat yang diberikannya.
- d. Hak atas itikad baik dari pasien dalam pelaksanaan transaksi terapeutik.
- e. Hak atas *privacy*.¹⁶⁶

2. Kewajiban Dokter

Sebagai kode etik profesi dokter, Kodeki mencantumkan kewajiban-kewajiban dokter terhadap pasien, yaitu:

- a. Setiap dokter wajib untuk bersikap tulus ikhlas serta menggunakan segala ilmu dan keterampilannya untuk kepentingan pasien. Dalam hal ia tidak mampu untuk melakukan suatu pemeriksaan atau pengobatan, maka atas

¹⁶⁴ *Ibid.*, hal. 96.

¹⁶⁵ *Ibid.*

¹⁶⁶ Komalawati (b), *op. cit.*, hal. 99.

persetujuan pasien ia wajib merujuk pasien kepada dokter yang mempunyai keahlian terhadap penyakit tersebut (Pasal 10). Dalam melakukan pelayanan kesehatan, dokter harus berupaya untuk mengusahakan kesembuhan pasien dengan segala ilmu dan keterampilan yang dimilikinya. Apabila ia tidak mampu untuk melakukan pemeriksaan atau pengobatan, maka ia harus segera merujuk pasien kepada dokter yang memiliki kemampuan atau keahlian yang lebih baik. Dengan berlakunya UU Praktik Kedokteran, merujuk pasien merupakan kewajiban dokter yang tercantum di dalam Pasal 51 huruf b, yang apabila tidak dilakukan maka dokter yang bersangkutan dapat dikenakan ancaman sanksi pidana berdasarkan Pasal 79 huruf c UU tersebut.

- b. Setiap dokter harus memberikan kesempatan kepada pasien agar dapat berhubungan dengan keluarga dan penasihatnya dalam hal beribadah dan/atau masalah lainnya (Pasal 11). Untuk memberikan ketenangan kepada pasien yang mungkin memerlukan pendampingan dari keluarga ataupun penasihat agama, dokter sebaiknya tidak menghalangi keinginan pasien tersebut. Hal ini mungkin akan dapat membantu untuk mempercepat kesembuhan pasien, terutama pasien-pasien kronis atau dalam keadaan gawat yang harapan kesembuhannya sangat tipis.
- c. Setiap dokter wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang seorang pasien, bahkan setelah pasien tersebut meninggal dunia (Pasal 12). Merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya merupakan kewajiban dokter, yang selain tertuang di dalam Kodeki juga tercantum di dalam Pasal 51 huruf c UU Praktik Kedokteran. Bila kewajiban ini dilanggar, maka dokter dapat dikenakan sanksi ancaman pidana berdasarkan Pasal 79 huruf c UU tersebut maupun Pasal 322 Kitab Undang-undang Hukum Pidana (KUHP).
- d. Setiap dokter wajib melakukan pertolongan darurat sebagai suatu tugas perikemanusiaan, kecuali bila ia yakin bahwa ada orang lain yang bersedia dan mampu untuk memberikannya (Pasal 13). Bila seseorang mengalami kecelakaan atau sakit mendadak, maka dokter wajib memberikan pertolongan darurat sebagai tugas perikemanusiaan apabila ia mempunyai kemampuan untuk hal tersebut. Pasal 51 huruf d UU Praktik Kedokteran memberikan kewajiban yang sama dengan Pasal 13 Kodeki, terutama bagi dokter yang

telah mempunyai SIP sebagai syarat yang memberikan legitimasi kepada dokter untuk melakukan praktik kedokteran. Pelanggaran terhadap Pasal 13 Kodeki identik dengan pelanggaran hukum, yang dapat dikenakan sanksi pidana berdasarkan Pasal 79 huruf c UU Praktik Kedokteran.¹⁶⁷

Uraian di atas memperlihatkan bahwa beberapa poin kewajiban dokter di dalam Kodeki telah diintegrasikan ke dalam UU Praktik Kedokteran yang melengkapinya dengan beberapa poin tambahan, sehingga kewajiban dokter secara lengkap berdasarkan Pasal 51 UU Praktik Kedokteran yaitu:

- a. Memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien.
- b. Merujuk pasien ke dokter atau dokter gigi lain yang mempunyai keahlian atau kemampuan yang lebih baik, apabila tidak mampu untuk melakukan suatu pemeriksaan atau pengobatan.
- c. Merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan setelah pasien tersebut meninggal dunia.
- d. Melakukan pertolongan darurat atas dasar perikemanusiaan, kecuali bila ia yakin bahwa ada orang lain yang bertugas dan mampu melakukannya.
- e. Menambah ilmu pengetahuan dan mengikuti ilmu kedokteran atau kedokteran gigi.¹⁶⁸

3. Hak Pasien

UU Praktik Kedokteran mencantumkan hak-hak pasien di dalam Pasal 52, yaitu:

- a. Mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang tindakan medis.
- b. Meminta pendapat dokter atau dokter gigi lain.
- c. Mendapatkan pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis.
- d. Menolak tindakan medis.
- e. Mendapatkan isi rekam medis.¹⁶⁹

¹⁶⁷ Isfandyarie, *op. cit.*, hal. 45-46.

¹⁶⁸ *Ibid.*, hal. 102-103.

¹⁶⁹ *Ibid.*, hal. 103.

Selain yang tercantum di dalam UU Praktik Kedokteran, Isfandyarie juga menyebutkan hak-hak pasien yang perlu diperhatikan, di antaranya yaitu:

- a. Hak untuk hidup, hak atas tubuhnya sendiri, dan hak untuk mati secara wajar.
- b. Hak untuk memperoleh pelayanan kedokteran yang manusiawi sesuai dengan standar profesi kedokteran. Dalam hal dokter tidak memberikan pelayanan yang sesuai dengan standar profesi, maka ia telah melakukan pelanggaran terhadap hak pasien untuk memperoleh pelayanan yang manusiawi, sehingga pasien berhak untuk menuntut dokter yang bersangkutan.
- c. Hak untuk memperoleh penjelasan tentang diagnosis dan terapi dari dokter yang mengobatinya. Supriadi menyebut hak untuk memperoleh penjelasan ini sebagai hak atas informasi. Inti dari hak atas informasi ini adalah hak pasien untuk memperoleh informasi yang sejelas-jelasnya tentang hal-hal yang berhubungan dengan penyakitnya. Dalam hal terjadi hubungan dokter dan pasien, hak pasien atas informasi ini secara otomatis menjadi kewajiban dokter untuk dijalankan, baik diminta ataupun tidak oleh pihak pasien.
- d. Hak untuk menolak prosedur diagnosis dan terapi yang direncanakan, bahkan dapat menarik diri dari transaksi terapeutik. Hak ini adalah hak asasi manusia untuk menerima atau menolak sesuatu yang ditawarkan, begitu pula dalam hal tindakan medik. Pasien yang mempunyai hak dasar atau hak asasi untuk menentukan diri sendiri (*the right of self-determination*) harus diberikan hak untuk memberikan persetujuannya atas tindakan medik yang akan dilakukan terhadap dirinya. Dalam hal pasien menolak tindakan medik yang ditawarkan oleh dokter, maka dokter tidak boleh memaksakan kehendaknya, walaupun ia mengetahui bahwa penolakan tersebut dapat memberikan dampak negatif bagi kesembuhan pasien. Pemaksaan kehendak dokter terhadap pasien untuk melakukan tindakan medik tertentu terhadap tubuh pasien, walaupun dokter berniat baik untuk menyelamatkan nyawa pasien, dapat mengakibatkan dituntutnya dokter atas tuduhan malpraktik.
- e. Hak untuk memperoleh penjelasan tentang riset kedokteran yang akan diikutinya serta menolak atau menerima keikutsertaan dalam riset kedokteran tersebut.

- f. Hak untuk dirujuk kepada dokter spesialis bila diperlukan dan dikembalikan kepada dokter yang merujuknya.
- g. Hak atas kerahasiaan atau rekam medik yang bersifat pribadi. Dalam melaksanakan profesinya, setiap profesional berkewajiban untuk merahasiakan keterangan yang diperoleh dari kliennya. Keterangan klien yang harus dirahasiakan ini merupakan rahasia jabatan yang harus dijaga dan dipegang teguh oleh para profesional. Dalam dunia kedokteran, rahasia jabatan ini disebut sebagai rahasia kedokteran. Dokter berkewajiban untuk merahasiakan keterangan tentang penyakit pasien, baik keterangan yang disampaikan secara langsung maupun yang sudah dicatat di dalam rekam medik, yang berisi tentang segala sesuatu yang berkaitan dengan penyakit pasien. Bahkan dokter juga mendapatkan perlindungan hukum dalam hal ia menolak untuk membuka rahasia kedokteran, sekalipun hal tersebut adalah untuk keperluan proses pengadilan. Hak pasien atas kerahasiaan penyakitnya ini dilindungi oleh Pasal 322 KUHP, yang kemudian diperjelas di dalam UU Praktik Kedokteran Pasal 48.
- h. Hak untuk memperoleh penjelasan tentang peraturan rumah sakit.
- i. Hak untuk berhubungan dengan keluarga, penasihat atau rohaniwan, dan lain-lain, yang diperlukan selama perawatan di rumah sakit.
- j. Hak untuk memperoleh penjelasan tentang perincian biaya rawat inap, obat, pemeriksaan laboratorium, *rontgen*, ultrasonografi (USG), *CT-Scan*, MRI, dan sebagainya; biaya kamar bedah, kamar bersalin, dan sebagainya; imbalan jasa dokter; dan lain-lain. Berkaitan dengan imbalan jasa yang diberikan oleh pasien kepada dokter, UU Praktik Kedokteran belum mengatur tentang hal ini. Hal yang berlaku selama ini adalah bahwa jasa dokter mengacu pada kesepakatan ikatan profesi terhadap keahlian dan daerah praktik dari masing-masing dokter.¹⁷⁰

Hak-hak pasien menurut Fred Ameln yaitu:

- a. Hak untuk menerima pengobatan dan perawatan.
- b. Hak untuk menolak pengobatan dan perawatan.

¹⁷⁰ *Ibid.*, hal. 98-102.

- c. Hak untuk menghentikan pengobatan dan perawatan.
- d. Hak untuk memilih dokter dan sarana pelayanan kesehatan.
- e. Hak untuk mendapatkan informasi yang jelas terhadap penyakit yang dideritanya.
- f. Hak atas rahasia kedokteran, yang meliputi segala rahasia yang disampaikan oleh pasien kepada dokter serta segala sesuatu yang telah diketahui oleh dokter, yang berhubungan dengan pelaksanaan pekerjaannya di lapangan kedokteran selama mengobati dan merawat pasien.
- g. Hak untuk mendapatkan bantuan medis.
- h. Hak untuk mendapatkan perawatan yang baik dan berkesinambungan.
- i. Hak untuk menerima perhatian atau pelayanan atas suatu pengaduan.¹⁷¹

Jika hak-hak pasien di atas diperhatikan, maka hak-hak tersebut tidak semuanya timbul pada saat terjadinya transaksi terapeutik antara dokter dan pasien. Misalnya hak untuk memilih dokter dan sarana pelayanan kesehatan. Hak ini telah ada sebelumnya dan merupakan pencerminan hak asasi manusia di bidang Hukum Kesehatan.¹⁷²

4. Kewajiban Pasien

Sehubungan dengan hak dokter yang tercantum di dalam Pasal 50 UU Praktik Kedokteran, maka timbul kewajiban pasien yang dituangkan di dalam Pasal 53 UU Praktik Kedokteran, yaitu:

- a. Memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang masalah kesehatannya.
- b. Mematuhi nasihat dan petunjuk dokter atau dokter gigi.
- c. Mematuhi ketentuan yang berlaku di sarana pelayanan kesehatan.
- d. Memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diberikan oleh dokter.¹⁷³

Sedangkan kewajiban-kewajiban pasien menurut Fred Ameln yaitu:

- a. Memberikan informasi yang lengkap kepada dokter tentang penyakitnya.

¹⁷¹ Fred Ameln (b), *Hukum Kesehatan: Suatu Pengantar*, (Jakarta: BPHN - Depkes - IDI, 1983), hal. 10.

¹⁷² Komalawati (b), *op. cit.*, hal. 96.

¹⁷³ Isfandyarie, *op. cit.*, hal. 97.

- b. Mematuhi nasihat dokter.
- c. Menghormati *privacy* dokter yang mengobatinya.
- d. Memberikan imbalan jasa.¹⁷⁴

Berkaitan dengan kewajiban pasien dalam memberikan informasi yang lengkap dan jujur, terdapat doktrin *contributory negligence* yang dapat diterjemahkan sebagai “pasien turut bersalah”. Guwandi menyebutkan bahwa tidak hanya dokter atau perawat yang dapat dianggap lalai, tetapi pihak pasien pun bisa turut bersalah dalam hal menyebabkan penyakitnya menjadi bertambah buruk.¹⁷⁵

Prof. Picard mengatakan bahwa seorang pasien juga mempunyai kewajiban-kewajiban tertentu terhadap dokter dan dirinya sendiri. Dalam melakukan kewajibannya, pasien diminta untuk memenuhi standar pasien yang wajar. Apabila ia tidak melakukan kewajibannya dan hal ini sampai menjadi penyebab (*proximate cause*) dari cederanya, maka ia dianggap turut bersalah sehingga ganti kerugian yang timbul dibagi secara proporsional antara dokter dan pasien. Namun apabila cedera tersebut hanya disebabkan oleh kesalahan pasien itu sendiri, maka ia tidak akan dapat menerima ganti kerugian yang dimintanya.¹⁷⁶

Hal-hal yang dapat dikategorikan sebagai *contributory negligence* antara lain yaitu:

- a. Pasien tidak menaati instruksi dokter, misalnya tidak membeli obat yang sesuai dengan resep dokter.
- b. Pasien menolak cara pengobatan yang diusulkan, misalnya pasien menolak operasi sehingga menyebabkan pasien meninggal. Dalam hal ini, dokter tidak bisa dipersalahkan.
- c. Pasien tidak jujur dalam memberikan informasi, tidak memberikan informasi yang akurat, atau memberikan informasi yang menyesatkan.¹⁷⁷

¹⁷⁴ Ameln (b), *op. cit.*, hal. 10.

¹⁷⁵ Guwandi, *op. cit.*, hal. 19.

¹⁷⁶ *Ibid.*

¹⁷⁷ Isfandyarie, *op. cit.*, hal. 98.

3.2 INFORMED CONSENT

3.2.1 Latar Belakang Informed Consent

Dalam hukum Inggris (*Common Law*), dikenal hak perorangan untuk bebas dari bahaya atau serangan yang menyentuhnya. Bahaya yang disengaja, yang timbul dari serangan yang menyentuhnya tanpa hak, disebut *battery*, yaitu kejahatan atau perbuatan melawan hukum dengan menggunakan kekerasan atau paksaan terhadap orang lain.¹⁷⁸

Pada abad ke-18, di Inggris terjadi peristiwa penuntutan terhadap pembedahan atau operasi yang dilakukan tanpa persetujuan atau hak lain, yang oleh pengadilan Inggris diputuskan bahwa ahli bedah bertanggung jawab atas *battery*. Sejak munculnya kasus tersebut, ditetapkan suatu aturan bahwa dalam pelayanan medis, dokter harus mendapatkan persetujuan dari pasien. Dokter mempunyai suatu tugas hukum untuk memberikan informasi yang cukup kepada pasien. Saat ini, bila suatu prosedur dilaksanakan tanpa informasi yang memadai, maka merupakan suatu kesalahan yang dapat dipertanggungjawabkan atas kelalaian atau kealpaan.¹⁷⁹

Koeswadji dan Fuady mengemukakan tentang latar belakang *informed consent* yang agak berbeda dengan yang disampaikan oleh Komalawati di atas. Komalawati mengemukakan latar belakang *informed consent* dari sudut pandang transaksi terapeutik, sedangkan Koeswadji¹⁸⁰ dan Fuady¹⁸¹ mengemukakan doktrin *informed consent* yang dikaitkan dengan penelitian biomedik yang dilakukan pada manusia.¹⁸²

Sejarah timbulnya gagasan *informed consent* berawal dari tindakan-tindakan yang dilakukan oleh para dokter Nazi Jerman yang mengadakan riset klinis terhadap para tawanan perang Yahudi dengan perlakuan sebagai berikut:

1. Dokter-dokter Nazi melakukan pemotongan atau pembedahan tubuh para tawanan Yahudi tanpa perikemanusiaan dan tanpa persetujuan mereka,

¹⁷⁸ *Ibid.*, hal. 117.

¹⁷⁹ *Ibid.*, hal. 117-118.

¹⁸⁰ Koeswadji (a), *op. cit.*, hal. 64.

¹⁸¹ Fuady, *op. cit.*, hal. 19.

¹⁸² Isfandyarie, *op. cit.*, hal. 118.

sehingga hampir semua tawanan merasakan penderitaan dan sakit yang luar biasa.

2. Para dokter Nazi menyadari bahwa penelitian ini akan mengakibatkan kematian manusia yang menjadi objek penelitian mereka.
3. Tindakan-tindakan yang dilakukan oleh para dokter Nazi adalah tindakan yang sangat menakutkan dan menyeramkan yang harus dialami oleh para tawanan, tetapi mereka harus menerima perlakuan tersebut karena adanya pemaksaan dari para dokter.¹⁸³

Alasan dilakukannya penelitian oleh para dokter Nazi tersebut ialah bahwa penelitian yang dilakukan kepada manusia akan memberikan hasil yang lebih akurat dibandingkan apabila dilakukan terhadap tikus atau kelinci, yang memiliki susunan jaringan tubuh yang berbeda dengan manusia. Hasil penelitian yang dilakukan oleh para dokter akan dimanfaatkan untuk manusia juga, sedangkan para tawanan Yahudi sudah dianggap sebagai manusia yang tidak mempunyai arti apa-apa dan bahwa tanpa penelitian pun mereka cepat atau lambat harus mati sebagai tawanan Nazi.¹⁸⁴

Perbuatan para dokter tersebut kemudian harus dipertanggungjawabkan di dalam Pengadilan Nuremberg, yang memutuskan bahwa para dokter Nazi telah melakukan dua kejahatan, yaitu kejahatan perang (*war crimes*) dan kejahatan kemanusiaan (*crimes against humanity*). Keputusan Pengadilan Nuremberg yang menyudutkan para dokter Nazi tersebut memang sesuai dengan motivasi dilakukannya penelitian oleh para dokter Nazi, yang dapat dikategorikan menjadi dua golongan, yaitu percobaan yang bermotif rasial dan percobaan untuk kepentingan militer.¹⁸⁵

Beberapa tindakan yang bermotif rasial di antaranya yaitu:

1. Percobaan orang kembar.
2. Pengumpulan tengkorak manusia.
3. Percobaan sterilisasi.

¹⁸³ *Ibid.*

¹⁸⁴ *Ibid.*, hal. 119.

¹⁸⁵ *Ibid.*

4. Percobaan inseminasi buatan.¹⁸⁶

Beberapa model eksperimen yang dilakukan oleh para dokter Nazi untuk kepentingan militer Jerman antara lain yaitu:

1. Eksperimen air laut.
2. Eksperimen *sulfanilamide*.
3. Eksperimen *tuberculosis*.
4. Eksperimen berendam di air beku.
5. Eksperimen udara di ketinggian.
6. Eksperimen dengan racun.
7. Eksperimen dengan luka dan darah.
8. Eksperimen dengan transplantasi.¹⁸⁷

Kejadian-kejadian ini diproses melalui Mahkamah Internasional pada tahun 1945-1946. Dari pengadilan terhadap para dokter Jerman yang telah melampaui batas perikemanusiaan ini, maka pada tanggal 19 Agustus 1947 lahirlah *Nuremberg Code* yang merupakan putusan Mahkamah Internasional terhadap lebih kurang 23-26 orang dokter Nazi Jerman yang telah melakukan riset secara sewenang-wenang kepada para tawanan tanpa persetujuan dari yang bersangkutan.¹⁸⁸

Dalam *Nuremberg Code*, disebutkan beberapa hak yang harus dipenuhi untuk dapat dilakukannya eksperimen kepada manusia, yang telah disepakati oleh Perserikatan Bangsa-bangsa (PBB) pada tahun 1948, yaitu:

1. Adanya persetujuan sukarela dari orang tersebut.
2. Harus diperhatikan kapasitas dari orang yang memberikan persetujuan.
3. Manusia harus bebas dari pemaksaan.
4. Perbandingan antara risiko dan keuntungan harus dipertimbangkan.
5. Usaha untuk meminimalisasi risiko dan bahaya.
6. Pelaku riset haruslah *qualified*, dengan menggunakan desain riset yang dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah dan hukum.

¹⁸⁶ *Ibid.*, hal. 119-121.

¹⁸⁷ *Ibid.*, hal. 121-124.

¹⁸⁸ *Ibid.*, hal. 125.

7. Kebebasan terhadap manusia objek riset untuk sewaktu-waktu bisa menarik diri dari proses penelitian.¹⁸⁹

Pada tahun 1964, forum *World Medical Association*, melalui sebuah deklarasi di Helsinki memutuskan untuk menerapkan *Nuremberg Code* sebagai pedoman dalam melakukan *clinical research*. Deklarasi tersebut juga menyebutkan bahwa dalam mengobati orang sakit, apabila keadaan pasien memungkinkan, dokter harus mendapatkan persetujuan dari pasien, yang diberikan secara bebas sesudah pasien diberikan penjelasan selengkap-lengkapnyanya oleh dokter. Apabila pasien dalam keadaan tidak cakap untuk memberikan persetujuannya, persetujuan dapat diperoleh dari pihak keluarga yang mempunyai kewenangan menurut hukum untuk bertindak atas nama pasien.¹⁹⁰

Dari uraian di atas, jelaslah bahwa persetujuan pasien merupakan kaidah yang telah disepakati secara universal dan berlaku sebagai hukum internasional yang sangat penting artinya bagi pemberi pelayanan medis. Apabila kaidah ini tidak dilaksanakan akan mengakibatkan yang bersangkutan dapat dikenakan sanksi, baik dari segi tanggung jawab *battery* maupun atas kelalaian atau kealpaan.¹⁹¹

Perkembangan yang ada di dunia internasional ini dengan sendirinya membawa pengaruh terhadap perkembangan hubungan dokter dan pasien di Indonesia, terutama terhadap konsep *informed consent*. Di Indonesia, peraturan dan pedoman bagi para dokter untuk melaksanakan *informed consent* dalam praktik sehari-hari pertama kali diadakan pada tahun 1988, yakni berupa fatwa Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia (IDI) Nomor 319/PB/A.4/88 tentang *Informed Consent*, yang kemudian isinya hampir sebagian besar diadopsi oleh Permenkes Persetujuan Tindakan Medik. Meskipun secara tertulis *informed consent* baru diakui pada tahun 1988, tetapi bukan berarti bahwa sebelum waktu tersebut para dokter dan tenaga kesehatan di Indonesia belum atau tidak mengenal dan melaksanakan konsep *informed consent*.¹⁹²

¹⁸⁹ *Ibid.*

¹⁹⁰ *Ibid.*, hal. 125-126.

¹⁹¹ *Ibid.*, hal. 126.

¹⁹² Kerbala, *op. cit.*, hal. 56.

Jauh sebelum tahun 1988, sudah terdapat kebiasaan di dalam pelaksanaan suatu tindakan operatif oleh dokter, di mana pihak pasien atau keluarga pasien diminta untuk memberikan persetujuan terlebih dahulu dengan cara menandatangani formulir persetujuan operasi. Kewajiban etika kedokteran dan hukum kebiasaan merupakan dasar dan alasan dari tindakan yang merupakan inti dari konsep *informed consent*.¹⁹³

3.2.2 Pengertian Informed Consent

Pada hakikatnya, *informed consent* merupakan alat untuk memungkinkan penentuan nasib sendiri di dalam praktik kedokteran. Penentuan nasib sendiri adalah nilai dan sasaran dalam *informed consent*. Secara konkrit, pelaksanaan *informed consent* adalah persyaratan untuk setiap tindakan, baik yang bersifat diagnostik maupun terapeutik. Karena pasien hanya dapat memberikan persetujuan riil apabila ia mengerti tentang situasi yang dihadapinya, maka hal yang paling diperlukan adalah informasi.¹⁹⁴

Pengertian *informed consent* terdapat di dalam Pasal 1 butir 1 Permenkes Persetujuan Tindakan Kedokteran yang berbunyi:

*“Persetujuan tindakan kedokteran adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekat, setelah mendapatkan penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan terhadap pasien.”*¹⁹⁵

Kemudian Pasal 1 butir 3 Permenkes ini menyatakan bahwa tindakan kedokteran adalah suatu tindakan medis berupa preventif, diagnostik, terapeutik, atau rehabilitatif yang dilakukan oleh dokter atau dokter gigi terhadap pasien. Kewajiban untuk melaksanakan *informed consent* lalu diatur di dalam Pasal 2 Permenkes ini, yang menyatakan bahwa semua tindakan kedokteran yang akan dilakukan terhadap pasien harus mendapatkan persetujuan terlebih dahulu. Persetujuan tersebut diberikan setelah pasien mendapatkan informasi yang cukup

¹⁹³ *Ibid.*

¹⁹⁴ Komalawati (a), *op. cit.*, hal. 103-104.

¹⁹⁵ Departemen Kesehatan, *op. cit.*, ps. 1 butir 1.

tentang perlunya tindakan kedokteran yang bersangkutan serta risiko yang dapat ditimbulkan dari tindakan tersebut.¹⁹⁶

Di dalam pelayanan medis, agar pemberian pertolongan dapat berfungsi, maka para pemberi pertolongan perlu untuk memberikan informasi atau keterangan kepada pasien tentang keadaan dan situasi kesehatannya. Hubungan antara informasi dan persetujuan dinyatakan dalam istilah *informed consent*. Namun menurut Leenen, informasi dan persetujuan tidak selalu bersamaan. Pertama, ada persetujuan tanpa informasi dalam hal pemberian pertolongan darurat. Dalam hal ini, persetujuan dianggap ada. Kedua, pada umumnya kewajiban untuk memberikan informasi lebih luas dibandingkan hanya untuk persetujuan. Jika berdasarkan informasi telah diperoleh persetujuan untuk dilakukannya suatu tindakan medik tertentu, maka pemberi pertolongan masih harus tetap memberikan informasi kepada pasien tentang cara hidup selanjutnya, tindakan selanjutnya, pentingnya semua tindakan tersebut, dan sebagainya. Ketiga, adakalanya kewajiban untuk memberikan informasi bagi dokter lebih kecil dari yang dibutuhkan untuk mendapatkan persetujuan, misalnya jika dokter dengan alasan yang sah menahan informasi demi kepentingan pasien.¹⁹⁷

Menurut hukum, pemberi pertolongan medis harus menjamin otorisasi atau wewenang yang seharusnya, sebelum melakukan prosedur diagnosis atau terapi pada seorang pasien. Dalam banyak keadaan, persetujuan secara tegas yang biasanya dibuat secara tertulis atau diam-diam dari pasien atau wakil pasien merupakan hak pasien. Hukum mensyaratkan bahwa pasien atau wakil pasien harus diberikan informasi yang cukup sehubungan dengan sifat dan risiko dari terapi yang dianjurkan atau disarankan, sehingga persetujuan yang diberikan merupakan suatu persetujuan tindakan medis. Apabila pasien atau wakil pasien memutuskan untuk tidak memberikan persetujuan, biasanya pengujian atau prosedur tidak dapat dilaksanakan. Namun dalam beberapa keadaan, hukum mengenyampingkan keputusan persetujuan pasien dan memberikan hak kepada dokter untuk melakukan pengobatan di luar kehendak pasien. Misalnya dalam

¹⁹⁶ Komalawati (a), *op. cit.*, hal. 104.

¹⁹⁷ *Ibid.*, hal. 104-105.

keadaan darurat, tanggung jawab sipil terhadap penderita mental atau sakit jiwa, serta penyalahgunaan sesuatu.¹⁹⁸

Sehubungan dengan hal tersebut di atas, Thiroux mengemukakan bahwa *informed consent* merupakan suatu pendekatan terhadap kebenaran dan keterlibatan pasien dalam keputusan mengenai pengobatannya. Seringkali suatu pendekatan terbaik untuk mendapatkan *informed consent* adalah jika dokter yang akan mengusulkan atau melakukan prosedur memberikan penjelasan secara detail, selain meminta pasien untuk membaca formulir tersebut. Pasien serta keluarganya sebaiknya diajak untuk mengajukan pertanyaan menurut kehendaknya, di mana semua pertanyaan harus dijawab dengan jujur dan jelas oleh dokter. Maksud dari penjelasan lisan ini adalah untuk menjamin bahwa jika pasien menandatangani formulir tersebut, maka ia benar-benar telah mendapatkan informasi yang lengkap.¹⁹⁹

Pengertian *informed consent* menurut Appelbaum yaitu:

*“... Legal rules that prescribe behaviors for physicians in their interactions with patients and provide for penalties, under given circumstances, if physicians deviate from those expectations, to an ethical doctrine, rooted in our society’s cherished value of autonomy, that insures to patients their right of self-determination when medical decisions need to be made, and to an interpersonal process whereby physicians interact with patients to select an appropriate course of medical care.”*²⁰⁰

Sedangkan menurut Komalawati yaitu:

“Informed consent adalah suatu kesepakatan atau persetujuan pasien atas upaya medis yang akan dilakukan oleh dokter terhadap dirinya, setelah pasien mendapatkan informasi dari dokter mengenai upaya medis yang dapat dilakukan

¹⁹⁸ *Ibid.*, hal. 105.

¹⁹⁹ *Ibid.*, hal. 105-106.

²⁰⁰ *Ibid.*, hal. 106.

untuk menolong dirinya, disertai informasi mengenai segala risiko yang mungkin terjadi."²⁰¹

Informed consent merupakan syarat subjektif untuk terjadinya transaksi terapeutik yang bertumpu pada dua macam hak asasi sebagai hak dasar manusia, yaitu hak atas informasi dan hak untuk menentukan nasibnya sendiri. Pasien adalah individu yang paling berkepentingan terhadap semua hal yang akan terjadi pada tubuhnya. Oleh karena itu dalam transaksi terapeutik, adanya *informed consent* merupakan hak pasien yang harus dipenuhi sebelum ia menjalani suatu upaya medis yang dilakukan oleh dokter untuk menolong dirinya. Secara hukum, hak merupakan suatu kewenangan seseorang untuk berbuat maupun tidak berbuat, sehingga pasien mempunyai kebebasan untuk menggunakan ataupun tidak menggunakannya.²⁰²

Hukum mempunyai peranan dalam mengembangkan gagasan *informed consent*. Dalam sistem hukum Anglo Saxon, hak integritas tubuh merupakan perlindungan terhadap kekerasan dan penganiayaan serta untuk menentukan sendiri dalam memilih atau memutuskan, yang merupakan perlindungan terhadap kemandirian individual. Fungsi hukum dalam hal ini adalah untuk melindungi integritas tubuh pasien dan kemandirian individual. *Informed consent* tersebut mencakup peraturan yang mengatur perilaku dokter dalam berinteraksi dengan pasien, di samping sebagai landasan etis untuk menghargai nilai otonomi. Oleh karena itu, gagasan dasar *informed consent* adalah keputusan untuk perawatan atau pengobatan yang didasarkan pada kerja sama antara dokter dan pasien.²⁰³

3.2.3 Informed Consent dalam Pelayanan Medis

Informed consent dapat dilakukan secara tegas atau diam-diam. Secara tegas dapat disampaikan dengan kata-kata langsung, baik secara lisan ataupun tertulis. Penyampaian mengenai tindakan yang harus dilakukan oleh dokter terhadap

²⁰¹ Komalawati (b), *op. cit.*, hal. 86.

²⁰² Isfandyarie, *op. cit.*, hal. 127-129.

²⁰³ Soerjono Soekanto, *Segi Hukum Hak dan Kewajiban Pasien*, (Bandung: Mandar Maju, 1990), hal. 19.

pasien haruslah dilakukan terlebih dahulu untuk menghindari terjadinya kesalahpahaman antara pasien dan dokter.²⁰⁴

Sehubungan dengan cara pernyataan menurut hukum, Komalawati mengungkapkan bahwa *informed consent* dari pasien dapat dilakukan, antara lain:

1. Dengan bahasa yang sempurna dan tertulis.
2. Dengan bahasa yang sempurna secara lisan.
3. Dengan bahasa yang tidak sempurna asalkan dapat diterima oleh pihak lawan.
4. Dengan bahasa isyarat asalkan dapat diterima oleh pihak lawan.
5. Dengan diam atau membisu asalkan dapat dipahami atau diterima oleh pihak lawan.²⁰⁵

Bentuk *informed consent* dapat dibedakan menjadi dua, yaitu:

1. Dengan pernyataan (*expression*), yaitu dapat secara lisan (*oral*) atau tertulis (*written*).
2. Tersirat atau dianggap telah diberikan (*implied or tacit consent*), yaitu dalam keadaan normal atau gawat darurat.²⁰⁶

Guwandi mengemukakan adanya empat komponen yang terkandung di dalam *informed consent*, yaitu:

1. Pasien harus mempunyai kemampuan (*capacity or ability*) untuk mengambil keputusan.
2. Dokter harus memberikan informasi mengenai tindakan yang hendak dilakukan, pengetesan, atau prosedur, termasuk manfaat serta risiko yang mungkin terjadi.
3. Pasien harus memahami informasi yang diberikan.
4. Pasien harus secara sukarela memberikan izinnnya, tanpa adanya paksaan atau tekanan.²⁰⁷

²⁰⁴ Isfandyarie, *op. cit.*, hal. 129.

²⁰⁵ Komalawati (a), *op. cit.*, hal. 111.

²⁰⁶ *Ibid.*

²⁰⁷ Guwandi, *op. cit.*, hal. 8.

Kemampuan atau kompetensi pasien untuk mengambil keputusan merupakan salah satu komponen terpenting dalam *informed consent*, yang akan mempengaruhi tindakan yang akan dilakukan oleh dokter. Oleh karena itu dalam mengambil keputusan, pasien harus memiliki tiga unsur kemampuan, yaitu:

1. Kemampuan untuk mengerti pilihan-pilihan tersebut.
2. Kemampuan untuk mengerti segala akibat yang mungkin terjadi terhadap pilihannya.
3. Kemampuan untuk mengadakan evaluasi untung rugi dari setiap akibat dan menghubungkannya dengan nilai-nilai dan prioritas yang dianutnya.²⁰⁸

Agar pasien dapat mengambil keputusan yang benar-benar dapat dipertanggungjawabkan, maka dokter harus mampu memberikan informasi yang dapat dimengerti oleh pasien yang bersangkutan.²⁰⁹

Komalawati mengemukakan pendapatnya tentang *informed consent*, yaitu:

1. *Informed consent* merupakan alat untuk memungkinkan penentuan nasib diri sendiri bagi pasien, di mana hak pasien atas informasi telah terpenuhi dalam pelaksanaan praktik dokter.
2. *Informed consent* dimaksudkan untuk melindungi hak individual pasien dari tindakan tidak sah atas integritasnya oleh dokter, serta dapat melindungi dokter dari tuntutan pelanggaran hak atas integritas pribadi pasien.
3. Dasar pertimbangan dari kewajiban memberikan informasi atas segala tindakan medik yang akan dilakukan oleh dokter adalah persetujuan pasien. Oleh karena itu, agar pasien dapat memberikan keputusan untuk menyetujui dilakukannya tindakan medik tertentu dalam pengobatan atau perawatan, pasien harus memahami permasalahan kesehatan yang dihadapinya. Untuk itu, diperlukan informasi yang sejelas-jelasnya dari dokter tentang tujuan, cara, dan manfaat yang dapat diharapkan dari tindakan medik tertentu serta risiko yang mungkin timbul sebagai akibat dari tindakan tersebut, sehingga timbul kepercayaan dari pasien terhadap dokter yang menanganinya.

²⁰⁸ Isfandyarie, *op. cit.*, hal. 130-131.

²⁰⁹ *Ibid.*, hal. 131.

4. Dokter, sebagai tenaga profesional di bidang kedokteran, mempunyai kemampuan yang sangat dibutuhkan oleh pasien, yang merasa tidak berdaya untuk mengatasi masalah kesehatannya. Di sisi lain, guna tercapainya tujuan pengobatan dan perawatan yang dilakukan oleh dokter terhadap pasien, diperlukan informasi yang akurat dari pasien tentang riwayat penyakitnya. Maka, hubungan interpersonal antara dokter dan pasien merupakan kegiatan terpenting yang sangat bermanfaat bagi kesembuhan pasien dan keberhasilan dokter dalam memberikan pengobatan.²¹⁰

3.2.4 Informed Consent dalam Peraturan Perundang-undangan

Terdapat tiga peraturan perundang-undangan yang mengatur tentang *informed consent* di Indonesia yang dapat dijadikan bahan rujukan untuk landasan hukum bagi praktik pelayanan medis, yaitu:

1. Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.²¹¹

Dalam UU Praktik Kedokteran, persetujuan tindakan medik tercantum pada Bab VII tentang Penyelenggaraan Praktik Kedokteran, yang dituangkan di dalam Pasal 45 ayat (1)-(6). Di bawah ini adalah pembahasan untuk masing-masing ayat.

Pasal 45 ayat (1) menyatakan bahwa setiap tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan oleh dokter atau dokter gigi terhadap pasien harus mendapatkan persetujuan. Dari penjelasan Pasal 45 ayat (1) dapat diuraikan hal-hal sebagai berikut, yaitu:

- a. Pada prinsipnya, yang berhak memberikan persetujuan atau penolakan terhadap tindakan medis adalah pasien yang bersangkutan.
- b. Persetujuan tindakan medis dapat dilakukan oleh bukan pasien dalam hal pasien berada di bawah pengampuan, belum dewasa, atau tidak sadar.
- c. Yang berhak mewakili pasien dalam tiga keadaan di atas adalah keluarga terdekat, antara lain yaitu suami atau istri, ayah atau ibu kandung, anak kandung, atau saudara kandung. Bila keluarga tidak ada, maka penjelasan diberikan kepada yang mengantar pasien.

²¹⁰ Komalawati (a), *op. cit.*, hal. 171.

²¹¹ Isfandyarie, *op. cit.*, hal. 137-139.

- d. Apabila tidak ada yang mengantar dan tidak ada keluarganya, maka dalam keadaan gawat darurat dan untuk menyelamatkan jiwa pasien, tidak diperlukan persetujuan. Penjelasan diberikan langsung kepada pasien (termasuk anak-anak) pada kesempatan pertama sesudah pasien sadar.

Pasal 45 ayat (2) menjelaskan bahwa persetujuan diberikan setelah pasien mendapatkan penjelasan secara lengkap. Sedangkan Pasal 45 ayat (3) menyatakan bahwa penjelasan sekurang-kurangnya mencakup:

- a. Diagnosis dan tata cara tindakan medis.
- b. Tujuan tindakan medis yang dilakukan.
- c. Alternatif tindakan lain dan risikonya.
- d. Risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi.
- e. Prognosis terhadap tindakan yang dilakukan.

Ayat ini menjelaskan bahwa penjelasan hendaknya diberikan dalam bahasa yang mudah dimengerti, karena penjelasan merupakan landasan untuk memberikan persetujuan. Aspek lain yang juga sebaiknya diberikan penjelasan adalah hal-hal yang berkaitan dengan pembiayaan.

Pasal 45 ayat (4) menyatakan bahwa persetujuan dapat diberikan secara tertulis maupun lisan. Persetujuan lisan dalam ayat ini adalah persetujuan yang diberikan dalam bentuk ucapan setuju atau gerakan menganggukkan kepala, yang diartikan sebagai ucapan setuju.

Pasal 45 ayat (5) menyatakan bahwa setiap tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang mengandung risiko tinggi harus diberikan dengan persetujuan tertulis, yang ditandatangani oleh pihak yang berhak memberikan persetujuan. Hal yang dimaksud dengan tindakan medis berisiko tinggi adalah tindakan bedah atau tindakan invasif lainnya.

Pasal 45 ayat (6) menyatakan bahwa ketentuan mengenai tata cara persetujuan tindakan kedokteran atau kedokteran gigi diatur oleh Peraturan Menteri. Peraturan Menteri yang berisi pelaksanaan UU Praktik Kedokteran tersebut adalah Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1419 Tahun 2005 tentang Penyelenggaraan Praktik Kedokteran (Permenkes Penyelenggaraan Praktik Kedokteran) dan Permenkes Persetujuan Tindakan Kedokteran.

2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1419 Tahun 2005 tentang Penyelenggaraan Praktik Kedokteran.²¹²

Permenkes Penyelenggaraan Praktik Kedokteran belum menjelaskan aturan yang rinci tentang persetujuan tindakan medis. Secara tersirat, persetujuan disebutkan di dalam Pasal 13 ayat (1), yang menyatakan bahwa dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran didasarkan pada kesepakatan antara dokter atau dokter gigi dengan pasien dalam upaya pemeliharaan kesehatan, pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan.

Sedangkan tentang *informed consent* disebutkan secara eksplisit dalam Pasal 17, yang menyatakan bahwa:

- a. Dokter atau dokter gigi, dalam memberikan pelayanan tindakan kedokteran atau kedokteran gigi, terlebih dahulu harus memberikan penjelasan kepada pasien tentang tindakan kedokteran yang akan dilakukan.
- b. Tindakan kedokteran harus mendapatkan persetujuan dari pasien.
- c. Pemberian penjelasan dan persetujuan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

Dari bunyi pasal ini, dapat dilihat bahwa Permenkes ini belum mengatur secara rinci tentang persetujuan tindakan medik, sehingga kita harus mengacu kepada Permenkes Persetujuan Tindakan Kedokteran.

3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran.²¹³

Dalam konsiderans, disebutkan dasar pertimbangan dari ditetapkannya Permenkes ini, yaitu sebagai pelaksanaan dari Pasal 45 UU Praktik Kedokteran, yang perlu diatur lebih rinci dengan Permenkes. Permenkes ini sekaligus mencabut dan menggantikan Permenkes Persetujuan Tindakan Medik yang lama.

Tentang persetujuan diatur di dalam Bab II Pasal 2-3, yaitu:

²¹² *Ibid.*, hal. 139-140.

²¹³ *Ibid.*, hal. 140-146.

- a. Semua tindakan kedokteran yang akan dilakukan terhadap pasien harus mendapatkan persetujuan (Pasal 2 ayat (1)).
- b. Persetujuan dapat diberikan secara tertulis maupun lisan (Pasal 2 ayat (2)).
- c. Persetujuan diberikan setelah pasien mendapatkan penjelasan yang diperlukan tentang tindakan kedokteran yang harus dilakukan (Pasal 2 ayat (3)).
- d. Setiap tindakan kedokteran yang mengandung risiko tinggi harus memperoleh persetujuan tertulis, yang ditandatangani oleh pihak yang berhak memberikan persetujuan (Pasal 3 ayat (1)).
- e. Tindakan kedokteran yang tidak termasuk dalam ketentuan Pasal 3 ayat (1) dapat diberikan dengan persetujuan lisan (Pasal 3 ayat (2)).
- f. Persetujuan tertulis dibuat dalam bentuk pernyataan yang tertuang di dalam formulir khusus yang dibuat untuk itu (Pasal 3 ayat (3)).
- g. Persetujuan dapat diberikan dalam bentuk ucapan setuju atau gerakan menganggukkan kepala, yang dapat diartikan sebagai ucapan setuju (Pasal 3 ayat (4)).
- h. Dalam hal persetujuan lisan yang diberikan dianggap meragukan, maka dapat dimintakan persetujuan tertulis (Pasal 3 ayat (5)).

Pengecualian terhadap kewajiban pemberian *informed consent* tercantum di dalam Pasal 4, di mana dinyatakan bahwa dalam keadaan gawat darurat, untuk menyelamatkan jiwa pasien, dan/atau mencegah kecacatan, tidak diperlukan persetujuan tindakan kedokteran.

Tentang informasi tercantum di dalam Pasal 7-12. Pasal 7 ayat (1) menyatakan bahwa penjelasan tentang tindakan kedokteran harus diberikan langsung kepada pasien dan/atau keluarga terdekat, baik diminta ataupun tidak. Berdasarkan Pasal 7 ayat (3), penjelasan tersebut sekurang-kurangnya mencakup:

- a. Diagnosis dan tata cara tindakan kedokteran.
- b. Tujuan tindakan kedokteran yang dilakukan.
- c. Alternatif tindakan lain dan risikonya.
- d. Risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi.
- e. Prognosis terhadap tindakan yang dilakukan.

f. Perkiraan pembiayaan.

Pasal 8 menjabarkan secara lebih rinci tentang penjelasan yang harus diberikan oleh dokter kepada pasien, yaitu:

- a. Penjelasan tentang diagnosis dan keadaan kesehatan pasien, meliputi temuan klinis dari hasil pemeriksaan medis hingga saat tersebut; diagnosis penyakit, atau dalam hal diagnosis tersebut belum dapat ditegakkan, maka sekurang-kurangnya dalam bentuk diagnosis kerja dan diagnosis banding; indikasi atau keadaan klinis pasien yang membutuhkan dilakukannya tindakan kedokteran; serta prognosis apabila dilakukan tindakan dan apabila tidak dilakukan tindakan.
- b. Penjelasan tentang tindakan kedokteran yang dilakukan, meliputi tujuan tindakan kedokteran yang dapat berupa preventif, diagnostik, terapeutik, ataupun rehabilitatif; tata cara pelaksanaan terhadap tindakan yang akan dialami oleh pasien selama dan sesudah tindakan, serta efek samping yang mungkin terjadi; alternatif tindakan lain serta kelebihan dan kekurangannya dibandingkan dengan tindakan yang direncanakan; risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi pada tiap alternatif tindakan; serta perluasan tindakan yang mungkin dilakukan untuk mengatasi keadaan darurat akibat risiko dan komplikasi atau keadaan tidak terduga lainnya.
- c. Penjelasan tentang risiko dan komplikasi tindakan kedokteran adalah semua risiko dan komplikasi yang dapat terjadi setelah tindakan kedokteran dilakukan, kecuali risiko dan komplikasi yang sudah menjadi pengetahuan umum; risiko dan komplikasi yang sangat jarang terjadi atau dampaknya sangat ringan; serta risiko dan komplikasi yang tidak dapat dibayangkan sebelumnya (*unforeseeable*).
- d. Penjelasan tentang prognosis, meliputi prognosis tentang hidup mati (*ad vitam*); prognosis tentang fungsi (*ad functionam*); serta prognosis tentang kesembuhan (*ad sanationam*).

Tentang yang berhak untuk memberikan persetujuan diatur di dalam Pasal 13. Pasal ini hanya menyatakan bahwa persetujuan diberikan oleh pasien yang kompeten atau keluarga terdekat, di mana penilaian terhadap kompetensi pasien

dilakukan oleh dokter pada saat diperlukan persetujuan. Jadi Permenkes ini tidak memberikan kriteria yang mutlak terhadap ukuran kedewasaan seorang pasien, berbeda dengan ketentuan pada Permenkes Persetujuan Tindakan Medik yang lama, di mana Pasal 8 menyatakan dengan jelas bahwa kriteria pasien dewasa adalah pasien yang telah berumur 21 tahun atau telah menikah.

Tentang tanggung jawab diatur di dalam Pasal 17, yaitu pelaksanaan tindakan kedokteran yang telah mendapatkan persetujuan menjadi tanggung jawab dokter atau dokter gigi yang melakukan tindakan kedokteran. Sedangkan sarana pelayanan kesehatan bertanggung jawab atas pelaksanaan persetujuan tindakan kedokteran.

Dalam hal sanksi, Permenkes ini sama sekali tidak mengatur tentang sanksi. Hal ini berbeda dengan Permenkes Persetujuan Tindakan Medik yang lama, di mana Pasal 13 menyatakan bahwa dokter yang melakukan tindakan medik tanpa adanya persetujuan dari pasien atau keluarganya dapat dikenakan sanksi administratif berupa pencabutan SIP.

3.2.5 Informed Consent dalam Hukum Perjanjian

Dilihat dari aspek Hukum Perdata, maka masalah *informed consent* banyak terkait dengan ketentuan Hukum Perjanjian, yang diatur di dalam Buku III KUHPerdata. Dalam praktik sehari-hari, *informed consent* sering disamakan pengertiannya dengan transaksi terapeutik, sehingga pertama-tama harus ditekankan bahwa *informed consent* tidak sama dengan transaksi terapeutik.²¹⁴

Dalam Hukum Perdata, *informed consent* merupakan suatu *toestemming* (kesepakatan atau perizinan sepihak) dari pihak pasien kepada dokter yang akan melakukan suatu tindakan medis terhadap dirinya, di mana persetujuan atau izin tersebut dilandasi oleh informasi yang cukup dari dokter kepada pasien. Karena fungsinya hanya sebagai *toestemming*, maka persetujuan tersebut dapat dicabut oleh pasien setiap saat.²¹⁵

Oleh karena itu, *informed consent* hanya merupakan salah satu syarat terjadinya transaksi terapeutik yang harus dibedakan dari syarat-syarat sah perjanjian, sebagaimana diatur di dalam Pasal 1320 KUHPerdata. Tetapi antara

²¹⁴ Kerbala, *op. cit.*, hal. 84.

²¹⁵ *Ibid.*

syarat terjadinya dan syarat-syarat sah perjanjian mempunyai hubungan yang erat, yaitu:

1. Untuk terjadinya transaksi terapeutik, harus ada persetujuan pasien kepada dokter yang akan melakukan tindakan medis terhadap diri pasien. Persetujuan pasien harus didasarkan pada informasi yang cukup, di mana informasi tersebut dapat dijadikan pedoman atau dasar bagi pembuatan persetujuan.
2. Bila persetujuan pasien telah diberikan kepada dokter, untuk sahnya perjanjian antara dokter dan pasien maka harus dipenuhi tiga syarat lagi seperti yang tercantum di dalam Pasal 1320 KUHPerdara, yaitu kecakapan untuk membuat perjanjian, suatu hal tertentu, dan sebab yang halal.²¹⁶

Syarat kecakapan didasarkan pada kemampuan seseorang untuk bersikap tindak yang mempunyai akibat hukum. Umumnya, kecakapan seseorang ditandai dengan adanya kedewasaan. Batas usia dewasa menurut Hukum Perdata adalah 21 tahun, begitu pula dalam *informed consent*, sebagaimana dinyatakan di dalam Permenkes Persetujuan Tindakan Medik yang lama. Bagi mereka yang belum dewasa, maka pelaksanaan *informed consent* diwakili oleh orangtua atau walinya. Sedangkan bagi mereka yang sudah dewasa tetapi ditaruh di bawah pengampuan, maka pelaksanaan *informed consent* harus diwakili oleh pengampunya.²¹⁷

Ketiadaan salah satu syarat dari Pasal 1320 KUHPerdara menyebabkan transaksi terapeutik dapat dimintakan pembatalan atau dinyatakan batal demi hukum oleh pengadilan. Suatu pembedahan atau tindakan medis lainnya yang dilakukan oleh dokter tanpa persetujuan dari pasien, padahal pasien dalam keadaan sadar dan mampu untuk memberikan persetujuan, maka dokter tersebut dapat digugat telah melakukan suatu perbuatan melawan hukum berdasarkan Pasal 1365 KUHPerdara. Hal ini dikarenakan pasien mempunyai hak atas tubuhnya, sehingga dokter wajib menghormati *privacy* dan keadaan tubuh si pasien. Hal inilah yang melahirkan kewajiban dokter untuk memberikan informasi dan meminta persetujuan pasien sebelum melakukan suatu tindakan medis.²¹⁸

²¹⁶ *Ibid.*

²¹⁷ *Ibid.*, hal. 84-85.

²¹⁸ *Ibid.*, hal. 85.

Persetujuan yang diberikan oleh pasien bersifat limitatif, artinya dokter hanya boleh melakukan tindakan medis yang telah disetujui oleh pasien. Sehingga berdasarkan doktrin *a contrario*, berarti dokter dilarang untuk melakukan perluasan operasi atau tindakan medis lainnya di luar yang telah disetujui oleh pasien. Tetapi dokter dapat melakukan perluasan operasi apabila ia memenuhi beberapa syarat seperti yang tercantum di dalam Permenkes Persetujuan Tindakan Kedokteran, di antaranya yaitu:

1. Perluasan operasi tidak dapat diduga.
2. Perluasan operasi dimaksudkan untuk *life saving*.
3. Pasien dalam keadaan tidak sadar dan/atau tidak didampingi oleh keluarganya.
4. Perluasan operasi tersebut sifatnya darurat.²¹⁹

Meskipun persetujuan pasien, misalnya untuk operasi, bersifat khusus atau limitatif, namun bukan berarti dokter harus selalu meminta persetujuan pasien untuk tindakan-tindakan lain yang berkaitan dengan operasi tersebut. Dokter dianggap telah memperoleh persetujuan dari pasien untuk melaksanakan tindakan-tindakan lain yang berkaitan dengan operasi tersebut. Hal ini disebut *implied consent*, misalnya premedikasi atau mencukur rambut pasien pada bagian tubuh yang akan dioperasi.²²⁰

Terhadap pasien gawat darurat, dokter tidak perlu memperoleh persetujuan dari siapa pun untuk bertindak, apalagi jika pasien tidak didampingi oleh anggota keluarganya. Sebagai landasan atas tindakan ini, Leenen mengemukakan suatu *juridische fictie* (fiksi hukum) bahwa seseorang dalam keadaan tidak sadar akan menyetujui apa yang umumnya disetujui oleh para pasien yang berada dalam keadaan sadar serta berada dalam situasi dan kondisi sakit yang sama. Fred Ameln menamakan hal ini sebagai *presumed consent*, sedangkan Prof. van der Mijl mengaitkan hal ini dengan Pasal 1354 KUHPerdara yang mengatur tentang *zaakwarneming* (perwakilan sukarela). Dokter dianggap sebagai *zaakwarneming* yang melakukan tindakan medis untuk menyelamatkan jiwa pasien.²²¹

²¹⁹ *Ibid.*

²²⁰ *Ibid.*, hal. 85-86.

²²¹ *Ibid.*, hal. 86.

3.2.6 Konsekuensi dari Ketiadaan Informed Consent

Dalam hal tindakan dokter tidak menimbulkan kerugian atau intervensi terhadap tubuh pasien, ketiadaan *informed consent* mungkin tidak akan menimbulkan masalah. Namun, apabila dokter melakukan intervensi terhadap tubuh pasien sehingga menimbulkan luka atau rasa sakit yang membuat pasien mengalami kerugian karena tidak dapat melakukan pekerjaan sehari-hari, maka ketiadaan *informed consent* dapat mengakibatkan dokter terkena tuntutan malpraktik karena dianggap telah melakukan perbuatan melawan hukum. Sebagai contoh, misalnya dokter melakukan tindakan pembiusan dan kemudian pembedahan *appendectomi*. Karena sifat perawatannya *one day care* (perawatan satu hari), dokter tidak meminta *informed consent* dari pasien. Ternyata rasa nyeri yang timbul pada daerah operasi, yang secara subjektif dirasakan oleh pasien, menjalar ke seluruh perut sehingga menyebabkan pasien tidak dapat bekerja selama seminggu. Walaupun seminggu kemudian pasien sembuh dan bisa bekerja kembali, dokter dapat dianggap telah merugikan pasien, sehingga dapat dituduh telah melakukan malpraktik.²²²

Menurut Fuady, beberapa kemungkinan tuntutan atas kerugian yang timbul dapat berbentuk:

1. Kerugian cacat tubuh atau luka berat.
2. Kerugian materi (pengeluaran biaya).
3. Kerugian karena rasa sakit.
4. Hilangnya kesempatan bekerja karena rasa sakit yang dideritanya.
5. Merusak kepercayaan dan agamanya.
6. Pasien meninggal dunia.²²³

Beberapa negara secara umum menyatakan bahwa ketiadaan *informed consent* dapat dianggap sebagai tindakan kelalaian. Bahkan dalam beberapa hal dapat dimasukkan ke dalam kategori kesengajaan, yang mengakibatkan dokter pelaku tindakan dapat dikenai sanksi yang lebih berat, karena derajat kesalahan dalam kesengajaan lebih tinggi daripada kelalaian. Tindakan dokter yang

²²² Isfandyarie, *op. cit.*, hal. 155-156.

²²³ Fuady, *op. cit.*, hal. 69.

dianggap setara dengan kesengajaan dalam melakukan malpraktik di antaranya yaitu:

1. Pasien sebelumnya menyatakan tidak setuju terhadap tindakan dokter, tetapi dokter tetap melakukan tindakan tersebut.
2. Dokter sengaja melakukan tindakan *misleading* (pemberitahuan yang menyesatkan) tentang risiko dan akibat dari tindakan medis yang diambilnya.
3. Dokter dengan sengaja menyembunyikan risiko dan akibat dari tindakan medis yang diambilnya.
4. *Informed consent* diberikan terhadap prosedur medis yang berbeda secara substansial dengan yang dilakukan oleh dokter.²²⁴

Dalam hal pasien akan melakukan penuntutan ganti rugi yang berkaitan dengan ketiadaan *informed consent*, pihak pasien tidak secara otomatis bisa menggugat ganti rugi kepada dokter. Ada beberapa persyaratan yang harus dipenuhi agar gugatan ganti kerugian yang berkaitan dengan ketiadaan *informed consent* dapat diajukan. Unsur-unsur yuridis yang harus dipenuhi dalam hal ini antara lain yaitu:

1. Adanya kewajiban dari dokter untuk mendapatkan *informed consent*.
2. Kewajiban tersebut tidak dilaksanakan tanpa justifikasi yuridis.
3. Adanya kerugian di pihak pasien.
4. Adanya hubungan sebab akibat antara ketiadaan *informed consent* dengan kerugian yang terjadi.²²⁵

Sebagaimana hubungan sebab akibat yang terjadi pada perbuatan melawan hukum pada umumnya, pada tuntutan ketiadaan *informed consent* juga berlaku hubungan sebab akibat agar pasien dapat mengajukan gugatan dengan alasan malpraktik yang telah dilakukan oleh dokter terhadap dirinya. Untuk itu, pasien harus dapat membuktikan beberapa hal sebagai berikut:

²²⁴ *Ibid.*, hal. 70.

²²⁵ Isfandyarie, *op. cit.*, hal. 160-161.

1. Bahwa kerugian yang diderita oleh pasien merupakan akibat dari perbuatan dokter yang bersangkutan atau tindakan medis yang dilakukan oleh dokter terhadap dirinya.
2. Bahwa seandainya *informed consent* dipenuhi, kemungkinan pasien akan memilih alternatif lain yang lebih menguntungkan dirinya. Sehingga dengan ketiadaan *informed consent*, kerugian yang diderita oleh pasien lebih besar dibandingkan apabila *informed consent* dipenuhi.
3. Bahwa seandainya pasien diberikan kesempatan untuk menentukan pilihannya dalam tindakan yang akan dilakukan oleh dokter, secara objektif siapa pun yang berkedudukan sebagai pasien mungkin akan menentukan pilihan yang sama dengan pasien tersebut. Dengan kata lain, alasan pasien untuk memilih alternatif tersebut cukup *reasonable* dari sudut pandang objektif dalam hubungan sebab akibat.
4. Jika informasi yang diberikan kepada pasien cukup jelas, pasien mungkin akan mengambil keputusan untuk memilih tindakan medis lainnya dari sudut pandang standar subjektif dalam hubungan sebab akibat.²²⁶

Berdasarkan penjelasan-penjelasan di atas, dapat dilihat bahwa tanggung jawab hukum yang dimiliki oleh dokter umum maupun dokter spesialis dalam hal *informed consent* pada dasarnya sama. Namun karena dokter spesialis memiliki wewenang yang lebih besar untuk melakukan tindakan-tindakan yang invasif ataupun berisiko tinggi dibandingkan dokter umum (yang cenderung hanya melakukan tindakan-tindakan kedokteran dasar yang tidak memiliki risiko terlalu tinggi), maka dokter spesialis memiliki frekuensi hubungan yang lebih banyak dengan *informed consent* dan risiko yang ditanggung pun lebih besar, karena sebagian besar dari tindakan-tindakan kedokteran yang dilakukan oleh dokter spesialis lebih sulit ataupun berisiko tinggi, dibandingkan tindakan-tindakan kedokteran yang dilakukan oleh dokter umum.

²²⁶ *Ibid.*, hal. 161-162.

BAB 4

PENERAPAN HAK ATAS INFORMASI DI RUMAH SAKIT (STUDI KASUS: RUMAH SAKIT KANKER DHARMAIS)

4.1 RUMAH SAKIT DALAM DUNIA KEDOKTERAN

4.1.1 Sejarah Rumah Sakit

Menurut Malcolm Eachern, ilmu pengobatan dan pembedahan sudah dikenal sejak zaman Mesir kuno 5000 tahun yang lalu, tetapi rumah sakit (RS) sebagai tempat khusus untuk merawat orang sakit baru dikenal 3000 tahun kemudian. Walaupun demikian, pada zaman Mesir kuno dan India kuno sudah terdapat tempat-tempat penampungan untuk orang sakit di kuil-kuil dan tempat berhala. Hal yang serupa juga dapat ditemukan di kuil-kuil Yunani.²²⁷

Pada abad ke-6 SM, Buddha menunjuk satu orang pengobat untuk setiap 10 desa serta mendirikan tempat penampungan untuk orang-orang cacat dan miskin. Para pengikut Buddha menyebarluaskan contoh yang baik ini, di mana perkembangannya kemudian menghasilkan pendirian RS pertama di Sri Lanka pada tahun 437 SM. Selain itu, di India juga didirikan 18 RS, yang sudah mempunyai ciri khas seperti RS modern.²²⁸

Selaku Bapak Ilmu Kedokteran Modern, Hippocrates memiliki banyak murid, di antaranya yaitu Celsus, Galen, dan Antyllus. Mereka mengumpulkan ilmu-ilmu yang diajarkan oleh Hippocrates dan menyusunnya menjadi buku *Corpus Hippocrates*. Buku tersebut menjadi pedoman pengajaran ilmu kedokteran bagi para siswa kedokteran di *Tabernae Medicinae*, yaitu poliklinik pertama yang memberikan pengobatan secara rawat jalan. Selain poliklinik, pada masa tersebut juga sudah terdapat RS-RS yang termahsyur, di antaranya yaitu RS *Saint Basil* yang didirikan pada tahun 369, RS Roma yang didirikan pada tahun 390, *Hotel Dieu de Lyons* yang didirikan pada tahun 542, dan *Hotel Dieu de Paris* yang didirikan pada tahun 660.²²⁹

²²⁷ Soeraryo Darsono, *Etik, Hukum Kesehatan, dan Kedokteran: Sudut Pandang Praktikus*, (Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro, 2005), hal. 78.

²²⁸ *Ibid.*

²²⁹ *Ibid.*

Pada zaman Islam, Harun Al Rasyid selaku khalifah Baghdad mendirikan RS dengan sistem pelayanan medis tanpa pembayaran. Pada tahun 1160, di Baghdad sendiri sudah terdapat 60 apotik. Hal ini menunjukkan bahwa ilmu pengobatan pada masa tersebut sudah cukup maju.²³⁰

Pada abad pertengahan, perkumpulan nasrani mendirikan tempat peristirahatan bagi para pengelana dan orang sakit, yang dinamakan *hospitia*. Kata tersebut berasal dari bahasa Latin *hospes* yang berarti tamu atau tempat penginapan tamu. Kata *hospitia* inilah yang menjadi cikal bakal dari kata *hospital* dalam bahasa Inggris.²³¹

Perkembangan RS mengalami masa suram pada tahun 1163, karena pada tahun tersebut dikeluarkan maklumat atau undang-undang oleh gereja Katolik Roma yang melarang pendeta dan rahib untuk melakukan operasi, padahal pada masa tersebut orang-orang yang mampu dan memiliki pengetahuan untuk memberikan pelayanan kedokteran hanyalah rahib dan pendeta. Gereja juga melarang praktik anatomi dan percobaan kedokteran dalam bentuk apa pun, serta melarang para biarawati untuk merawat orang sakit.²³²

Zaman *Renaissance* pada abad ke-15 sampai ke-18 menghidupkan kembali semangat belajar dan ilmu pengetahuan, sehingga ilmu anatomi berkembang lagi melalui para ahli seperti Leonardo da Vinci dan Vesalius. Pada abad ke-16, RS di Italia menjadi RS pendidikan dokter yang termahsyur di Eropa dengan metode pendidikan klinis *bedside* di ruang-ruang perawatan, walaupun operasi masih dilakukan tanpa anestesi (obat bius). Pendidikan kedokteran semakin berkembang dengan didirikannya *Royal College of Surgeons* di Edinburgh pada tahun 1506, *Royal College of Physicians* di Inggris pada tahun 1528, serta perpustakaan kedokteran yang pertama di RS *Saint Bartholomeuw* di Inggris pada tahun 1667.²³³

Pada pertengahan abad ke-19, Florence Nightingale mempelopori cara perawatan yang higienis dan revolusioner, sehingga menyebabkan ilmu keperawatan berkembang pesat. Florence mendirikan dapur, membuat tempat

²³⁰ *Ibid.*, hal. 78-79.

²³¹ *Ibid.*, hal. 79.

²³² *Ibid.*

²³³ *Ibid.*

pencucian, dan menyediakan perlengkapan bersih, sehingga angka kematian karena kondisi RS yang tidak higienis menurun dari 40% menjadi 2% hanya dalam waktu tiga bulan. Florence merupakan *hospital administrator* pertama yang mengadakan rekayasa sanitasi di RS dan memberikan pendidikan keperawatan yang teratur, yang kemudian disebarluaskan oleh murid-muridnya.²³⁴

Ilmu bedah semakin berkembang dengan ditemukannya anestesi dan antiseptik. Penemuan anestesi diawali dengan digunakannya *aether* sebagai anestesi oleh Crawford Long saat operasi tumor leher pada tahun 1842, serta digunakannya *chloroform* untuk kasus-kasus obstetri pada tahun 1847. Penemuan antiseptik sendiri diawali dengan digunakannya larutan karbol untuk mempercepat penyembuhan luka. Penemuan anestesi dan antiseptik merupakan dasar-dasar utama bagi perkembangan ilmu bedah dan RS modern.²³⁵

Pelayanan dan fasilitas RS pada abad ke-19 mengalami kemajuan dengan ditemukannya teori sel oleh Schwann pada tahun 1839, perbaikan ventilasi dengan membuka atap ruang perawatan, didirikannya RS-RS khusus untuk penderita penyakit menular, ditemukannya basil *tuberculosis*, ditemukannya vaksinasi anthrax oleh Louis Pasteur, ditemukannya basil *cholera* oleh R. Koch, digunakannya antitoksin untuk pengobatan difteria, ditemukannya basil tetanus dan malaria, serta digunakannya inokulasi untuk penyakit rabies. Semua perkembangan ini menyebabkan pelayanan dan fasilitas RS semakin lengkap, terutama dalam hal laboratorium dan tempat isolasi untuk penyakit-penyakit tertentu.²³⁶

Pada akhir abad ke-19, perkembangan RS semakin pesat dengan dianjurkannya penggunaan sarung tangan karet oleh Halsted pada tahun 1895, ditemukannya sinar X oleh Rontgen, ditemukannya tegangan tinggi oleh d'Arsonal pada tahun 1887, ditemukannya hidroterapi dan terapi dengan sinar panas oleh Finsen pada tahun 1893, serta ditemukannya berbagai alat kedokteran seperti termometer, laringoskop, dan oftalmoskop. Semua perkembangan ini

²³⁴ *Ibid.*, hal. 80.

²³⁵ *Ibid.*

²³⁶ *Ibid.*, hal. 80-81.

menyebabkan pelayanan dan fasilitas RS semakin sempurna, ditunjang pula oleh pendidikan keperawatan dan *hospital administration* yang semakin maju.²³⁷

Pada abad ke-20, dimulai pelayanan asuransi kesehatan, sehingga pelayanan kedokteran di RS yang semakin mahal karena penggunaan alat-alat canggih dapat dijangkau oleh seluruh lapisan masyarakat. Perkembangan lainnya seperti penemuan vitamin oleh Gowland Hopkins pada tahun 1906, penemuan insulin oleh Banting pada tahun 1922, serta keberhasilan pembuatan ekstrak hati oleh Minot dan Murphy, menjadi hal-hal yang mendorong pendirian dan perkembangan klinik metabolik dan departemen gizi di RS.²³⁸

Penemuan *thyroxin* oleh Kendall, hormon *parathyroid* dan ekstrak ovarium oleh Collin, ECG oleh Eindhoven pada tahun 1903, tes Wasserman, tes fungsi pankreas, tes kadar gula, serta tes darah menyebabkan laboratorium di RS semakin berkembang. Selain itu, penggunaan radium, laboratorium untuk pemeriksaan patologis jaringan, serta antibiotik menunjang pengobatan untuk penyakit-penyakit seperti diabetes, gondok, dan kanker. Departemen pelayanan sosial dan rehabilitasi medis juga melengkapi pelayanan di RS.²³⁹

Di Amerika Serikat, *hospital administration* dan *hospital management* berkembang berkat dukungan dari *American Hospital Association*, *Association of Hospital Superintendents* yang didirikan pada tahun 1899, *American Protestant Hospital Association* yang didirikan pada tahun 1921, *Catholic Hospital Association of United States of America and Canada* yang didirikan pada tahun 1915, dan *American College of Surgeons* yang didirikan pada tahun 1913. Pada tahun 1918, *American College of Surgeons* mempelopori *Hospital Standardization Movement* dengan mengadakan *Minimum Standard for Hospitals*, yang kemudian diambil alih dan dikelola oleh *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* pada tahun 1952 sampai sekarang.²⁴⁰

Di Indonesia, sampai tahun 1880 hanya terdapat RS tentara. Pengecualian terdapat di Jakarta, Semarang, dan Surabaya, di mana di tiga kota besar ini Jawatan Kesehatan Sipil menggunakan dokter-dokter sipil untuk pelayanan

²³⁷ *Ibid.*, hal. 81.

²³⁸ *Ibid.*

²³⁹ *Ibid.*, hal. 81-82.

²⁴⁰ *Ibid.*, hal. 82.

kedokteran. Dalam perkembangannya, RS sipil kemudian juga didirikan di kota-kota besar lainnya, seperti Bandung, Cianjur, Sumedang, Cirebon, Tegal, dan Pasuruan. Terdapat pula RS untuk orang-orang buangan dan narapidana di Banyuwangi dan Banda.²⁴¹

RS sipil sekaligus RS swasta tertua di Indonesia adalah RS Cina, yang didirikan di Jakarta pada tahun 1640. Awalnya, RS ini dikelola oleh ahli-ahli obat dari Cina, sebelum kemudian Belanda mengambil alih dan menggunakan RS ini untuk menampung penderita sakit jiwa. RS sipil kedua adalah RS *Stadsverband* yang didirikan di Jakarta pada tahun 1819, sedangkan RS sipil yang ketiga adalah RS *Stadsverband* yang didirikan di Semarang.²⁴²

Pada masa kolonial Belanda, semua RS pemerintah dan swapraja difokuskan untuk pegawai dan masyarakat golongan bawah. Para pasien tidak mempunyai hak untuk memilih dokter, tarif pengobatan murah, dan pelayanan kedokteran yang ada hanyalah pelayanan yang sederhana. Berbeda dengan RS swasta, di mana tarif pengobatan jauh lebih tinggi dan pelayanan kedokteran yang disediakan lebih lengkap dan maju.²⁴³

Sejak dimulainya rencana pembangunan lima tahun pada masa Orde Baru, secara berangsur-angsur pelayanan RS pemerintah ditingkatkan, di mana peningkatan pelayanan tersebut diharapkan dapat memenuhi kebutuhan masyarakat seluruh golongan, baik golongan atas maupun bawah. Dana untuk RS pemerintah didapatkan dari subsidi pemerintah, sedangkan di RS swasta dana pembangunan gedung dan pengadaan peralatan medis diusahakan oleh pemilik melalui sumbangan atau pinjaman modal. Pendanaan yang mandiri ini menyebabkan biaya operasional dan pelayanan kesehatan di RS swasta cenderung lebih mahal dibandingkan RS pemerintah, yang mendapatkan subsidi dari pemerintah.²⁴⁴

²⁴¹ *Ibid.*

²⁴² *Ibid.*

²⁴³ *Ibid.*, hal. 83.

²⁴⁴ *Ibid.*, hal. 124.

4.1.2 Pengertian Rumah Sakit

Dalam bukunya, Fred Ameln menjelaskan bahwa RS merupakan suatu usaha yang pada pokoknya dapat dikelompokkan menjadi:

1. Pelayanan medis dalam arti luas, yang menyangkut kegiatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.
2. Pendidikan dan pelatihan tenaga medis atau paramedis.
3. Penelitian dan pengembangan ilmu kedokteran.²⁴⁵

Pasal 1 butir 1 Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang RS (UU RS) juga memberikan pengertian RS, yaitu:

“Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.”²⁴⁶

Pasal 1 butir 3 UU RS menjelaskan bahwa pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi kegiatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Sedangkan berdasarkan Pasal 1 butir 2 UU RS, gawat darurat adalah keadaan klinis pasien yang membutuhkan tindakan medis secepat mungkin, demi penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan yang lebih lanjut.²⁴⁷

Penjelasan umum UU RS menyatakan bahwa RS sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan untuk mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di RS mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks. Berbagai jenis tenaga kesehatan dengan perangkat keilmuannya masing-masing saling berinteraksi satu sama lain. Pada hakikatnya, RS berfungsi sebagai tempat penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan, di mana fungsi tersebut memiliki makna tanggung jawab yang seharusnya merupakan tanggung jawab pemerintah dalam meningkatkan taraf kesejahteraan masyarakat.²⁴⁸

²⁴⁵ Ameln (a), *op. cit.*, hal. 19.

²⁴⁶ Indonesia (e), *Undang-undang tentang Rumah Sakit*, UU No. 44 Tahun 2009, ps. 1 butir

1.

²⁴⁷ *Ibid.*, ps. 1 butir 2-3.

²⁴⁸ *Ibid.*, penjelasan umum.

Pasal 18 UU RS menyatakan bahwa RS dapat dikelompokkan berdasarkan jenis pelayanan dan pengelolaannya. Pasal 19 UU RS menjelaskan bahwa berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, RS dikategorikan menjadi RS umum dan RS khusus. RS umum memberikan pelayanan kesehatan dalam semua bidang dan jenis penyakit, sedangkan RS khusus memberikan pelayanan utama dalam satu bidang atau jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya.²⁴⁹

Pasal 20 UU RS menjelaskan bahwa berdasarkan pengelolaannya, RS dapat dikelompokkan menjadi RS publik dan RS privat. RS publik dapat dikelola oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan badan hukum yang bersifat nirlaba. RS publik yang dikelola oleh pemerintah dan pemerintah daerah tidak dapat dialihkan menjadi RS privat. Sedangkan Pasal 21 UU RS menjelaskan bahwa RS privat dikelola oleh badan hukum dengan tujuan profit, yang berbentuk Perseroan Terbatas atau Persero.²⁵⁰

Selain pembagian RS berdasarkan jenis pelayanan dan pengelolaan seperti yang telah dijelaskan di atas, Pasal 22 UU RS menyatakan bahwa RS dapat ditetapkan menjadi RS pendidikan setelah memenuhi persyaratan dan standar RS pendidikan. RS pendidikan ditetapkan oleh Menteri Kesehatan setelah berkoordinasi dengan Menteri yang membidangi urusan pendidikan. Pasal 23 UU RS memberikan pengertian RS pendidikan, yaitu RS yang menyelenggarakan pendidikan dan penelitian secara terpadu dalam bidang pendidikan profesi kedokteran, pendidikan kedokteran berkelanjutan, dan pendidikan tenaga kesehatan lainnya.²⁵¹

Klasifikasi RS disebutkan di dalam Pasal 24 UU RS beserta penjelasannya. Klasifikasi ini dilaksanakan dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara berjenjang dan fungsi rujukan. Klasifikasi RS umum terdiri atas:

1. RS umum kelas A, yaitu RS umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit empat spesialis dasar, lima spesialis penunjang medik, 12 spesialis lain, dan 13 subspecialis.

²⁴⁹ *Ibid.*, ps. 18-19.

²⁵⁰ *Ibid.*, ps. 20-21.

²⁵¹ *Ibid.*, ps. 22-23.

2. RS umum kelas B, yaitu RS umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit empat spesialis dasar, empat spesialis penunjang medik, delapan spesialis lain, dan dua subspecialis dasar.
3. RS umum kelas C, yaitu RS umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit empat spesialis dasar dan empat spesialis penunjang medik.
4. RS umum kelas D, yaitu RS umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit dua spesialis dasar.²⁵²

Sedangkan klasifikasi RS khusus terdiri atas:

1. RS khusus kelas A, yaitu RS khusus yang mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan subspecialis, sesuai dengan kekhususan yang lengkap.
2. RS khusus kelas B, yaitu RS khusus yang mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan subspecialis, sesuai dengan kekhususan yang terbatas.
3. RS khusus kelas C, yaitu RS khusus yang mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan subspecialis, sesuai dengan kekhususan yang minimal.²⁵³

4.1.3 Hak dan Kewajiban Rumah Sakit

Dahulu, penyelenggaraan RS berorientasi pada kemurnian rasa kasih sayang, kesadaran sosial, naluri untuk saling tolong-menolong, serta semangat keagamaan yang tinggi dalam kehidupan umat manusia. Sejalan dengan perkembangan peradaban umat manusia dan tatanan sosial budaya masyarakat, RS telah berkembang menjadi suatu unit sosial-ekonomi yang majemuk. Hal ini terjadi seiring dengan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi pada umumnya, serta bidang kedokteran dan kesehatan pada khususnya.²⁵⁴

²⁵² *Ibid.*, ps. 24.

²⁵³ *Ibid.*

²⁵⁴ Isfandyarie, *op. cit.*, hal. 51.

1. Hak Rumah Sakit

Hak RS tercantum di dalam Pasal 30 UU RS, yaitu:

- a. Menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi RS.
- b. Menerima imbalan jasa atas pelayanan yang diberikan serta menentukan remunerasi, insentif, dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- c. Melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam rangka mengembangkan pelayanan.
- d. Menerima bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- e. Menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian.
- f. Mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan pelayanan kesehatan.
- g. Mempromosikan layanan kesehatan yang ada di RS sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- h. Mendapatkan insentif pajak bagi RS publik dan RS pendidikan.²⁵⁵

Dalam bukunya, Soeraryo Darsono juga mencantumkan tentang hak RS. Hak-hak RS antara lain yaitu:

- a. Membuat peraturan yang diberlakukan di RS, sesuai dengan kondisi RS tersebut.
- b. Mensyaratkan bahwa pasien harus menaati segala peraturan RS.
- c. Mensyaratkan bahwa pasien harus menaati segala instruksi yang diberikan oleh dokter.
- d. Memilih tenaga dokter yang akan bekerja di RS melalui panitia kredensial.
- e. Menuntut pihak-pihak yang telah melakukan wanprestasi, termasuk pasien, pihak ketiga, dan pihak lainnya.
- f. Mendapatkan perlindungan hukum.
- g. Memperoleh penjelasan yang tepat dan lengkap mengenai identitas pasien.

²⁵⁵ Indonesia (e), *op. cit.*, ps. 30.

- h. Melaksanakan rencana pemeriksaan dan pengobatan yang diperintahkan oleh dokter dengan peralatan dan tenaga yang tersedia, sesuai dengan peraturan RS.
- i. Memegang teguh jadwal pemeriksaan dan pengobatan, sesuai dengan perintah dokter.
- j. Menolak dan mengeluarkan pasien yang menyatakan menolak pemeriksaan dan pengobatan atau tidak menaati perintah dokter dan perawat.
- k. Memperoleh imbalan atas semua pelayanan yang diberikan, sesuai dengan peraturan RS.
- l. Memberlakukan isolasi bagi pasien tertentu, sesuai dengan peraturan RS.
- m. Menyelenggarakan pelayanan penunjang lainnya.²⁵⁶

2. Kewajiban Rumah Sakit

Kewajiban RS tercantum di dalam Pasal 29 ayat (1) UU RS, yaitu:

- a. Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan RS kepada masyarakat.
- b. Memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien, sesuai dengan standar pelayanan RS.
- c. Memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien, sesuai dengan kemampuan pelayanannya.
- d. Berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada situasi bencana, sesuai dengan kemampuan pelayanannya.
- e. Menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat miskin.
- f. Melaksanakan fungsi sosial, antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulans gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan.
- g. Membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di RS, sebagai acuan dalam melayani pasien.
- h. Menyelenggarakan rekam medis.

²⁵⁶ Darsono, *op. cit.*, hal. 95-96.

- i. Menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak, antara lain sarana ibadah; tempat parkir; ruang tunggu; serta sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, dan lanjut usia.
- j. Melaksanakan sistem rujukan.
- k. Menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi, etika, serta peraturan perundang-undangan.
- l. Memberikan informasi yang benar, jelas, dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien.
- m. Menghormati dan melindungi hak-hak pasien.
- n. Melaksanakan etika RS.
- o. Memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana.
- p. Melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan, baik secara regional maupun nasional.
- q. Membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya.
- r. Menyusun dan melaksanakan peraturan internal RS.
- s. Melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas RS dalam melaksanakan tugasnya.
- t. Menyatakan seluruh lingkungan RS sebagai kawasan tanpa rokok.²⁵⁷

Berdasarkan Pasal 29 ayat (2) UU RS, pelanggaran atas kewajiban-kewajiban RS dapat membuat RS dikenakan sanksi administratif, yaitu:

- a. Teguran.
- b. Teguran tertulis.
- c. Denda dan pencabutan izin RS.²⁵⁸

Menurut Soeraryo Darsono, kewajiban-kewajiban RS antara lain yaitu:

- a. Mematuhi peraturan perundang-undangan dan peraturan lainnya yang dikeluarkan oleh pemerintah.
- b. Memberikan pelayanan kepada pasien tanpa membedakan suku, ras, agama, seks, atau status sosial.

²⁵⁷ Indonesia (e), *op. cit.*, ps. 29 ayat (1).

²⁵⁸ *Ibid.*, ps. 29 ayat (2).

- c. Merawat pasien dengan sebaik-baiknya dan tidak membedakan kelas perawatan (*duty of care*).
- d. Menjaga mutu perawatan dan tidak membedakan kelas perawatan (*quality of care*).
- e. Memberikan pertolongan pengobatan di Unit Gawat Darurat (UGD) tanpa meminta jaminan materi terlebih dahulu.
- f. Memberikan sarana dan peralatan umum yang dibutuhkan.
- g. Menyediakan sarana dan peralatan medik (*medical equipments*) sesuai dengan standar yang berlaku.
- h. Menjaga agar semua sarana dan peralatan senantiasa dalam keadaan siap pakai (*ready for use*).
- i. Merujuk pasien ke RS lain apabila tidak memiliki sarana, prasarana, peralatan, dan tenaga yang diperlukan.
- j. Mengusahakan adanya sistem, sarana, dan prasarana pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana.
- k. Melindungi dokter serta memberikan bantuan administrasi dan hukum apabila dokter dalam melaksanakan tugasnya mendapatkan perlakuan yang tidak wajar atau tuntutan hukum dari pasien atau keluarganya.
- l. Mengadakan perjanjian tertulis dengan para dokter yang bekerja.
- m. Membuat daftar prosedur operasional atau prosedur tetap, baik untuk pelayanan medik, penunjang medik, maupun non-medik.
- n. Mempunyai izin operasional yang sah dan masih berlaku.
- o. Mempunyai *governing board*, staf medis, dan perawatan yang terorganisir.
- p. Menjamin bahwa semua tenaga medis, keperawatan, kebidanan, dan paramedis berijazah sah dan berwenang untuk melakukan tugas.
- q. Menghormati hak dan keluhuran pasien.
- r. Menjamin keamanan pasien dari segala tindakan di dalam lingkungan RS.
- s. Menyimpan rahasia pasien.
- t. Menjamin kebebasan komunikasi pasien.
- u. Menjamin bahwa tidak akan dilakukan tindakan medis tanpa *informed consent*.

- v. Memberikan penjelasan terhadap setiap mutasi pasien, serta menjamin bahwa mutasi tersebut dilakukan dengan aman.
- w. Memberikan perincian mengenai semua tagihan biaya kepada pasien.
- x. Memberitahukan semua peraturan RS kepada pasien.²⁵⁹

RS di Indonesia, yang tergabung dalam Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI), telah menetapkan Kode Etik Rumah Sakit Indonesia (Kodersi). Kodersi memuat rangkuman nilai-nilai dan norma-norma RS sebagai pedoman bagi para pihak yang terlibat dan berkepentingan dalam penyelenggaraan dan pengelolaan RS di Indonesia.²⁶⁰

Kewajiban RS terhadap pasien tercantum di dalam Bab III Pasal 9-12 Kodersi, yaitu:

- a. RS harus mengindahkan hak-hak asasi pasien (Pasal 9). Hak asasi pasien adalah hak-hak yang sangat fundamental dan dimiliki oleh pasien sebagai makhluk Tuhan, terutama hal-hal yang berkaitan dengan pelayanan RS. Tetapi hak pasien yang dianggap bertentangan dengan undang-undang, agama, moral, dan Pancasila seperti euthanasia dan aborsi tanpa indikasi medik tidak dibenarkan untuk dipenuhi.
- b. RS harus memberikan penjelasan tentang penyakit yang diderita oleh pasien dan tindakan yang hendak dilakukan (Pasal 10).
- c. RS harus meminta persetujuan pasien (*informed consent*) sebelum melakukan tindakan medik (Pasal 11). Dari pasal ini, dapat diartikan bahwa pasien memiliki hak untuk tidak diobati dan dirawat tanpa persetujuannya.
- d. RS berkewajiban untuk melindungi pasien dari penyalahgunaan teknologi kedokteran (Pasal 12). Kemajuan dan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi telah mengakibatkan meningkatnya biaya kesehatan yang harus dipikul oleh pasien sebagai pengguna jasa pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, diperlukan pengawasan dan pengendalian agar penerapan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran di RS benar-benar sesuai dengan persyaratan profesi. Manajemen RS harus berusaha untuk mencegah terjadinya penyimpangan maupun penyalahgunaan teknologi kedokteran yang

²⁵⁹ Darsono, *op. cit.*, hal. 96-97.

²⁶⁰ Isfandyarie, *op. cit.*, hal. 51.

merugikan pasien dengan standar pelayanan medik baku yang wajib ditaati oleh staf RS. Dengan demikian, kualitas pelayanan yang baik dapat terjamin dan perhitungan biaya yang harus dikeluarkan oleh pasien sebagai pengguna jasa pelayanan RS dapat dipertanggungjawabkan.²⁶¹

Selain kewajiban terhadap pasien, RS juga mempunyai kewajiban terhadap masyarakat dan lingkungannya yang tercantum di dalam Bab II Pasal 6-8 Kodersi, yaitu:

- a. RS harus jujur dan terbuka, peka terhadap saran dan kritik masyarakat, serta berusaha agar pelayanannya terjangkau di luar RS (Pasal 6). Upaya kesehatan tidak hanya difokuskan pada upaya pemberantasan saja, tetapi diharapkan adanya keterpaduan upaya kesehatan yang menyeluruh, yang meliputi pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, dan pemulihan kesehatan. Upaya-upaya tersebut harus dilakukan secara terpadu, baik oleh pemerintah maupun masyarakat, sehingga timbul istilah *hospital without walls*. Dengan demikian, RS harus lebih membuka diri terhadap upaya-upaya sosial-ekonomi dari masyarakat.
- b. RS harus senantiasa menyesuaikan kebijakan pelayanannya dengan harapan dan kebutuhan dari masyarakat setempat (Pasal 7). Kebijakan pelayanan RS harus senantiasa berorientasi pada kebutuhan masyarakat setempat, dengan memperhatikan tingkat sosial-ekonomi, pendidikan, budaya, komposisi penduduk, pola penyakit, dan sebagainya.
- c. RS, dalam menjalankan operasionalnya, bertanggung jawab terhadap lingkungan agar tidak terjadi pencemaran yang merugikan masyarakat (Pasal 8). RS sering menggunakan atau menghasilkan bahan-bahan berupa limbah yang dapat mencemari lingkungan atau mengancam kehidupan manusia. Oleh karena itu, pihak penyelenggara maupun manajemen RS dituntut untuk menyediakan dan memelihara sarana dan prasarana yang bertujuan untuk mencegah terjadinya pencemaran lingkungan, yang dapat mengancam dan membahayakan kehidupan manusia.²⁶²

²⁶¹ *Ibid.*, hal. 51-53.

²⁶² *Ibid.*, hal. 54-55.

4.1.4 Tanggung Jawab Rumah Sakit

Pasal 46 UU RS menyatakan bahwa RS bertanggung jawab secara hukum terhadap semua kerugian yang ditimbulkan atas kelalaian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di RS. RS, dalam hal ini badan hukum yang memilikinya, dapat dituntut atas kerugian secara:

1. Langsung (sebagai pihak), pada suatu perjanjian apabila terdapat wanprestasi.
2. Tidak langsung (sebagai majikan), apabila karyawannya melakukan perbuatan melawan hukum.²⁶³

Sedangkan hubungan hukum yang terjadi antara pasien dan RS dapat dibedakan ke dalam dua jenis perjanjian, yaitu:

1. Perjanjian perawatan, seperti kamar dengan perlengkapannya.
2. Perjanjian pelayanan medis, yaitu tindakan medis yang dilakukan oleh dokter dan dibantu oleh paramedis.²⁶⁴

Dokter yang berpraktik di RS dapat berstatus sebagai karyawan (dokter purnawaktu) atau dokter tamu (*visiting doctor*). Kadangkala pasien mengalami kesulitan untuk mengetahui status dokter yang merawatnya. Di samping itu, ada pendapat yang menyatakan bahwa RS, sebagai suatu lembaga yang memberikan pelayanan perawatan dan pengobatan, bertanggung jawab atas segala peristiwa yang terjadi di dalamnya. Atas dasar ini, timbul doktrin *corporate liability*, di mana RS bertanggung jawab atas pengendalian mutu secara keseluruhan terhadap pelayanan yang diberikan kepada pasien. Jadi yang pertama kali bertanggung jawab adalah RS, tetapi bila terdapat kesalahan yang dilakukan oleh dokter, maka RS dapat menggunakan haknya untuk meminta penggantian terhadap pembayaran ganti rugi yang telah dikeluarkan oleh RS. Dalam hal ini, berlaku subrogasi seperti yang terdapat di dalam Pasal 1402 KUHPerdara. Doktrin *vicarious liability* dapat diterapkan dalam hubungan antara RS dengan karyawannya, seperti yang terdapat di dalam Pasal 1367 KUHPerdara.²⁶⁵

²⁶³ Danny Wiradharma, *Penuntun Kuliah Hukum Kedokteran*, (Jakarta: Binarupa Aksara, 1996), hal. 113.

²⁶⁴ *Ibid.*

²⁶⁵ *Ibid.*, hal. 113-114.

Sehubungan dengan doktrin *vicarious liability*, ada yang disebut dengan doktrin *captain of the ship*, yang berlaku bagi dokter bedah yang melakukan operasi di RS. Tetapi dokter bedah tersebut tidak bekerja secara langsung untuk dan atas nama RS, misalnya dokter tamu atau dokter karyawan untuk pasien pribadinya. Dokter tersebut dianggap bertanggung jawab atas kesalahan stafnya, termasuk perawat bedah. Dalam hal ini, perawat yang merupakan karyawan RS dianggap dipinjamkan, sehingga tanggung jawab beralih kepada si pemakai, yaitu dokter bedah. Pasien yang menuntut harus memastikan terlebih dahulu apakah dokter bedah tersebut bertanggung jawab atas doktrin majikan-karyawan, serta apakah dokter tersebut mengawasi dan memberikan segala instruksi kepada perawat pada saat peristiwa terjadi.²⁶⁶

Bentuk tanggung jawab lain di kamar bedah adalah tanggung jawab apabila terdapat kerja sama dari suatu tim, di mana beberapa ahli dalam bidangnya masing-masing bertanggung jawab atas tindakannya sendiri. *Hoge Raad* pada tanggal 31 Mei 1968 menyatakan bahwa dalam kasus operasi yang dilakukan oleh satu tim, di mana masing-masing anggota berkualifikasi dan bertanggung jawab penuh atas tugasnya masing-masing, maka mereka tidak dapat dianggap sebagai atasan maupun bawahan menurut KUHPerdara Pasal 1367 ayat (3).²⁶⁷

Khusus mengenai dokter anestesi, dokter bedah tidak bertanggung jawab terhadap tindakan dokter anestesi, yang pada umumnya sudah dianggap bertanggung jawab penuh atas segala tindakannya. Di dalam kamar induksi, *captain of the ship*-nya adalah dokter anestesi.²⁶⁸

Fungsi sosial suatu RS, sesuai dengan hak atas pelayanan kesehatan yang dimiliki oleh setiap warga masyarakat, harus dipenuhi dengan tersedianya pelayanan yang bermutu, baik dari segi sarana maupun tenaga kesehatan; serta terjangkau, baik dari segi geografis maupun finansial. Hubungan kerja antara dokter dan RS juga harus selalu diatur dengan baik, agar pelayanan RS menjadi lebih bermutu dan memberikan perlindungan kepada pasien.²⁶⁹

²⁶⁶ *Ibid.*, hal. 114-115.

²⁶⁷ *Ibid.*, hal. 115.

²⁶⁸ *Ibid.*, hal. 115-116.

²⁶⁹ *Ibid.*, hal. 116.

4.2 STUDI KASUS

4.2.1 Sejarah Rumah Sakit Kanker Dharmais

Penyakit kanker merupakan salah satu masalah kesehatan yang paling banyak dijumpai di Indonesia. Penyakit ini menduduki peringkat keenam, baik dari segi frekuensi maupun penyebab kematian. Pengelolaan penyakit kanker sendiri memerlukan sarana, peralatan, dan obat yang mahal.²⁷⁰

Pada bulan September 1988, Presiden Soeharto selaku Ketua Yayasan Dharmais meminta dr. Harryanto Reksodiputro untuk memikirkan model RS kanker yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat Indonesia. Setelah berdiskusi dengan Kementerian Kesehatan, Direktur RS Cipto Mangunkusumo (RSCM), Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia (FKUI), serta beberapa pakar dalam bidang penyakit kanker di Indonesia, dibentuklah tim untuk menyusun usulan pendirian RS kanker, yang diketuai oleh dr. Harryanto Reksodiputro.²⁷¹

Tim pengusul menyelesaikan usulan pada bulan Desember 1988 dan menyerahkannya kepada Presiden Soeharto pada bulan Januari 1989. Usulan yang dihasilkan menekankan bahwa RS kanker yang akan didirikan berfungsi untuk memberikan pelayanan yang merata kepada masyarakat, khususnya penderita kanker; memberikan lahan pendidikan bagi para pihak yang mendalami bidang penyakit kanker; serta merupakan tempat penelitian untuk peningkatan mutu pelayanan penyakit kanker. Usulan ini disetujui oleh Presiden Soeharto.²⁷²

Pembangunan RS kanker dimulai pada bulan Mei 1991 dan selesai pada tanggal 5 Juli 1993, di mana RS ini kemudian dinamakan RS Kanker Dharmais (RSKD). RS ini didirikan di atas tanah seluas 38.920 m² dan terdiri dari tiga blok, yaitu bangunan RS; bangunan penelitian, pengembangan, dan asrama; serta bangunan penunjang. Yayasan Dharmais menyerahkan RSKD kepada Kementerian Kesehatan, tetapi pengelolaannya diserahkan kembali oleh Kementerian Kesehatan kepada Yayasan Dharmais.²⁷³

²⁷⁰ RS Kanker Dharmais (a), *Rumah Sakit Kanker Dharmais: 4 Tahun dalam Pengabdian*, (Jakarta: RS Kanker Dharmais, 1997), hal. 1.

²⁷¹ *Ibid.*

²⁷² *Ibid.*, hal. 1-2.

²⁷³ *Ibid.*, hal. 2.

Agar dapat melaksanakan pelayanan yang sesuai dengan perkembangan pelayanan penyakit kanker di negara-negara maju, RSKD mengadakan peninjauan ke pusat-pusat pelayanan penyakit kanker di Amerika Serikat, Jepang, Belanda, dan Prancis. Hasil peninjauan memperlihatkan pentingnya hubungan yang erat antara RS kanker dengan Fakultas Kedokteran agar mutu pelayanan RS dapat didukung oleh kemajuan ilmu kedokteran, terutama yang berkaitan dengan penyakit kanker. Oleh karena itu, diadakan kerja sama antara RSKD dengan FKUI dan RSCM. Naskah kerja sama ini ditandatangani pada tanggal 2 Oktober 1993.²⁷⁴

RSKD diresmikan oleh Presiden Soeharto pada tanggal 30 Oktober 1993, di mana dr. Riwayat Suyono ditunjuk sebagai Direktur Utama yang pertama. Sesuai dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 72 Tahun 1993 tanggal 25 Januari 1993, RSKD mengemban beberapa tugas, yaitu:

1. Memberikan pelayanan kesehatan yang merata dan bermutu kepada masyarakat, khususnya pasien kanker.
2. Menyediakan pelayanan dan pengembangan sarana yang luas di bidang pendidikan untuk dokter spesialis, dokter subspesialis, dan paramedis.
3. Menyelenggarakan kegiatan penelitian dan pengembangan di bidang penyakit kanker untuk mengurangi angka kematian, serta menyebarluaskan hasil-hasil penelitian.²⁷⁵

Sebagai RS rujukan dalam bidang penyakit kanker, konsep khas dari RSKD adalah pelayanan yang terpadu, di mana setiap jenis kanker ditangani oleh tim kerja. Setiap tahap, mulai dari diagnosis, pengobatan, hingga rehabilitasi ditangani oleh berbagai pakar yang terkait. Hal ini diharapkan dapat meningkatkan ketepatan diagnosis serta kualitas tindakan atau pengobatan yang direncanakan. RSKD juga memberikan pelayanan pengobatan penyakit kanker dalam berbagai bidang dengan berbagai cara, seperti pengobatan kuratif, pengobatan paliatif, serta perawatan kasus terminal berupa *hospice home care*. Deteksi dini kanker dilakukan dengan *screening*, sedangkan pencegahan penyakit kanker dilaksanakan dengan mengadakan berbagai penyuluhan.²⁷⁶

²⁷⁴ *Ibid.*

²⁷⁵ *Ibid.*, hal. 2-3.

²⁷⁶ *Ibid.*, hal. 3.

Dalam usianya yang relatif masih muda, RSKD sudah memiliki kemampuan yang menyerupai pelayanan penyakit kanker yang maju di tingkat regional maupun internasional. Banyak pakar kanker dari negara maju yang telah mengunjungi RSKD, seperti Amerika Serikat, Belanda, Prancis, Australia, Singapura, Kamboja, Vietnam, dan lain-lain. Kerja sama antar RS juga sudah terjalin di berbagai bidang. Contohnya dengan Australia, RSKD telah melakukan kerja sama dalam layanan *peripheral blood stem cell transplantation*.²⁷⁷

Pembinaan sumber daya manusia, terutama tenaga muda, menjadi prioritas di RSKD. Hampir seluruh tenaga dokter RSKD sudah memiliki pengalaman dalam mengunjungi ataupun bekerja di RS kanker luar negeri. Dalam upaya membina tenaga perawat, para perawat juga telah mendapatkan pendidikan dan pengalaman di Hong Kong, Australia, Singapura, maupun Malaysia.²⁷⁸

RSKD telah mengembangkan beberapa teknik operasi dan pengobatan, misalnya pengobatan radiasi selama operasi (*intra operative radiotherapy*) dan *limb reserving surgery*. Kemampuan-kemampuan yang telah dicapai ini kemudian dipresentasikan di berbagai kongres tingkat nasional maupun internasional. Instalasi Penelitian dan Pengembangan RSKD juga mengembangkan pemeriksaan DNA untuk mempertajam diagnosis dan membantu pemantauan terapi, di antaranya yaitu pemeriksaan mutasi gen BRCA 1 untuk kanker payudara, overekspresi BCL 2 untuk limfoma *non-Hodgkin*, dan mutasi gen BCR-ABL untuk leukemia.²⁷⁹

4.2.2 Profil Rumah Sakit Kanker Dharmais

Visi RSKD adalah menjadi RS dan pusat kanker nasional yang merupakan panutan dalam penanggulangan kanker di Indonesia. Sedangkan misi RSKD adalah melaksanakan pelayanan, pendidikan, dan penelitian yang bermutu tinggi di bidang penanggulangan kanker.²⁸⁰

Sebagai pusat rujukan kanker yang tertinggi di Indonesia, RSKD bertanggung jawab terhadap upaya penanggulangan kanker paripurna, yaitu

²⁷⁷ *Ibid.*, hal. 3-4.

²⁷⁸ *Ibid.*, hal. 4.

²⁷⁹ *Ibid.*

²⁸⁰ RS Kanker Dharmais (b), *Rumah Sakit Kanker Dharmais: 10 Tahun Melangkah*, (Jakarta: RS Kanker Dharmais, 2003), hal. ii.

menurunkan angka kematian karena kanker. Oleh karena itu, RSKD harus mampu meningkatkan kualitasnya sehingga memiliki kemampuan yang setara dengan pusat-pusat pelayanan kanker di dunia, baik dalam hal kelengkapan sarana, mutu pelayanan, sumber daya manusia, maupun hasil kerja yang dicapai.²⁸¹

Upaya penanggulangan kanker mencakup pencegahan, pengobatan, dan rehabilitasi. Tindakan pencegahan meliputi kegiatan pendidikan kepada masyarakat, vaksinasi, dan penemuan kasus secara dini. Pengobatan penderita kanker dapat bersifat kuratif, paliatif, dan pelayanan kasus terminal. Sedangkan tindakan rehabilitatif dapat berupa rehabilitasi fisik maupun psikososial. Upaya-upaya tersebut merupakan kegiatan yang dinamis yang sangat memerlukan kemampuan pengembangan dalam bidang riset, baik riset dasar maupun terapan, yang dikerjakan secara terpadu, terus-menerus, dan berkesinambungan. Oleh karena itu, RSKD telah ditetapkan sebagai RS pendidikan yang sarat dengan bahan dan materi pengetahuan di bidang kanker.²⁸²

Hasil akhir dari seluruh upaya di atas ialah mutu layanan profesional yang canggih dan bertaraf internasional. Keberhasilan ini dapat dimanfaatkan oleh RSKD sebagai sarana untuk menjalin hubungan dengan negara-negara lain, serta sebagai tempat rujukan, menimba ilmu, dan bertukar pengalaman dalam hal penanggulangan kanker.²⁸³

Penjelasan lebih lanjut terhadap misi RSKD yaitu:

1. Penyuluhan kanker kepada masyarakat. Hal ini merupakan kegiatan pencegahan dengan memberikan penjelasan kepada masyarakat mengenai kanker, termasuk upaya-upaya untuk menghindari penyakit kanker, pengetahuan mengenai jenis-jenis kanker yang dapat disembuhkan, dan sebagainya. Informasi ini harus disampaikan secara teratur kepada masyarakat melalui media massa maupun pendidikan perorangan.
2. Deteksi dini. Upaya pencegahan yang berupa penemuan kasus secara dini melalui pemeriksaan *screening* pada orang-orang yang memiliki risiko kanker atau melalui uji kesehatan perorangan dan kelompok di masyarakat.

²⁸¹ Dharmais (a), *op. cit.*, hal. 5.

²⁸² *Ibid.*, hal. 5-6.

²⁸³ *Ibid.*, hal. 6.

Pemeriksaan ini melibatkan berbagai disiplin ilmu onkologi dan dilaksanakan melalui pendekatan tim dengan menggunakan metode pemeriksaan yang mutakhir.

3. Pengobatan kuratif. Pengobatan ini dapat dicapai pada kelompok kanker yang dapat disembuhkan dan masih berada dalam stadium dini. Pengobatan kuratif dilaksanakan melalui pendekatan kerja kelompok secara terpadu, yang meliputi aspek onkologi diagnostik, onkologi terapi, dan onkologi penunjang, sehingga upaya pengobatan kuratif menjadi lebih optimal.
4. Pengobatan paliatif. Pengobatan ini ditujukan untuk peningkatan masa bebas penyakit dan meningkatkan kualitas hidup penderita kanker yang tidak dapat diobati secara kuratif, termasuk penanganan kasus-kasus terminal (*hospice*). Penanganan ini mencakup pelayanan kepada pasien dan keluarganya.
5. Pendidikan dan pelatihan. Kegiatan ini bertujuan untuk meningkatkan dan menjaga standar mutu sumber daya manusia yang dimiliki. Pendidikan harus dilaksanakan secara terus-menerus dan berkesinambungan.
6. Kerja sama dengan pusat pendidikan. Sebagai salah satu lahan pendidikan, RSKD wajib menjalin kerja sama dengan pusat-pusat pendidikan kanker dan kedokteran tingkat nasional maupun internasional. Kerja sama ini akan mendorong kemajuan dalam penanganan mutu dan hasil penatalaksanaan kanker.
7. Riset. Pembaharuan dan pengembangan ilmu hanya dapat dicapai dengan kegiatan penelitian yang terus-menerus, berkesinambungan, dan dilakukan secara terpadu. Kegiatan ini memerlukan sarana, prasarana, dan biaya yang tidak kecil. Tersedianya suatu dana abadi akan memacu perkembangan riset di bidang kanker.
8. Publikasi ilmiah. Hal ini merupakan suatu sarana untuk menunjukkan hasil kerja dan dapat digunakan sebagai ajang berkomunikasi secara profesional dengan tenaga-tenaga ahli nasional maupun internasional.
9. Peningkatan mutu sarana. Perkembangan ilmu teknologi kedokteran yang pesat menyebabkan mutu pelayanan seolah-olah menjadi jauh tertinggal. Pembaharuan sarana dan prasarana penunjang diagnosis dan pengobatan

kanker merupakan salah satu upaya untuk menjaga mutu dan kualitas pelayanan di bidang kanker.²⁸⁴

Pelayanan RSKD terdiri dari:

1. Unit uji kesehatan dan deteksi dini kanker.
2. Unit pelayanan terpadu. Terdiri dari dokter konsultan, tindakan operasi, unit radioterapi, unit kemoterapi, dan *breast conserving treatment*.
3. Instalasi gawat darurat.
4. Unit rawat jalan. Terdiri dari unit rujukan nasional, unit diagnostik terpadu, poliklinik onkologi, poliklinik luka dan ostomi, poliklinik khusus, klinik kanker keluarga, unit prosedur diagnostik, unit rawat singkat, unit paliatif dan komplementer, unit onkologi sosial, serta poliklinik swasta.
5. Unit rawat inap. Terdiri dari ruang rawat inap, ruang rawat isolasi imunitas menurun, dan ruang rawat intensif.
6. Instalasi penunjang. Terdiri dari instalasi endoskopi, instalasi farmasi, instalasi patologi klinik, instalasi patologi anatomi, instalasi radiodiagnostik, instalasi gizi, instalasi bank darah, dan instalasi rehabilitasi medik.
7. Instalasi penelitian.
8. Instalasi pendidikan dan pelatihan.²⁸⁵

4.2.3 Penerapan Informed Consent di Rumah Sakit Kanker Dharmais

Seperti RS-RS lainnya, RSKD menerapkan kebijakan dan prosedur *informed consent* yang sesuai dengan ketentuan-ketentuan yang terdapat di dalam Permenkes Persetujuan Tindakan Kedokteran. Tetapi dalam hal formulir *informed consent*, bentuknya dapat berbeda-beda di tiap RS. Untuk mendapatkan gambaran yang lebih jelas tentang formulir Persetujuan Tindakan Medis RSKD (terlampir), maka formulir ini akan dibandingkan dengan contoh format Persetujuan Tindakan Kedokteran yang terdapat di dalam Manual Persetujuan Tindakan Kedokteran dari Konsil Kedokteran Indonesia (terlampir).

Bila formulir Persetujuan Tindakan Medis RSKD dibandingkan dengan contoh format Persetujuan Tindakan Kedokteran yang terdapat di dalam Manual,

²⁸⁴ *Ibid.*, hal. 6-8.

²⁸⁵ Dharmais (b), *op. cit.*, hal. 4.

maka dapat dilihat bahwa formulir Persetujuan Tindakan Medis RSKD masih sangat umum dan tidak mencantumkan jenis-jenis informasi yang diberikan oleh dokter secara lengkap. Contoh format Persetujuan Tindakan Kedokteran telah terdiri dari berbagai kategori yang lengkap, yang tidak terdapat di formulir Persetujuan Tindakan Medis RSKD.

Contoh format Persetujuan Tindakan Kedokteran membedakan antara dokter pelaksana tindakan dengan dokter pemberi informasi, karena bisa saja dokter yang akan melaksanakan tindakan dengan dokter yang memberikan informasi merupakan dua orang yang berbeda. Tetapi di dalam formulir Persetujuan Tindakan Medis RSKD tidak terdapat perbedaan ini, sehingga *informed consent* seolah-olah hanya terjadi antara pasien dengan dokter yang memberikan informasi. Padahal akan lebih baik jika dokter pelaksana tindakan juga dicantumkan di dalam formulir *informed consent*.

Contoh format Persetujuan Tindakan Kedokteran menjabarkan jenis-jenis informasi ke dalam 11 kategori, yaitu:

1. Diagnosis.
2. Dasar diagnosis.
3. Tindakan kedokteran.
4. Indikasi tindakan.
5. Tata cara.
6. Tujuan.
7. Risiko.
8. Komplikasi.
9. Prognosis.
10. Alternatif dan risiko.
11. Lain-lain.

Di sebelah kolom jenis-jenis informasi ini terdapat kolom isi informasi, sehingga setiap informasi yang diberikan oleh dokter kepada pasien dapat dicantumkan dengan lengkap dan jelas. Formulir ini dapat menunjukkan riwayat penyakit serta informasi yang diberikan secara detail dan menyeluruh. Formulir Persetujuan Tindakan Medis RSKD tidak mencantumkan informasi-informasi ini, tetapi hanya

menyatakan bahwa jika formulir telah ditandatangani, berarti pasien telah mendapatkan penjelasan yang cukup dari dokter tentang tujuan, sifat, dan manfaat dari suatu tindakan medis serta risiko yang dapat ditimbulkannya. Tetapi tidak ada penjabaran sama sekali tentang informasi apa saja yang telah diberikan oleh dokter, sehingga hal ini dapat menimbulkan masalah apabila di masa mendatang terjadi perbedaan pendapat antara dokter dengan pasien mengenai informasi yang diberikan ataupun tidak diberikan, karena jenis maupun isi informasi yang diberikan sama sekali tidak dijabarkan di dalam formulir.

Bila dilihat dari uraian-uraian di atas, maka dapat dilihat bahwa masih terdapat hal-hal yang perlu dilengkapi di dalam formulir Persetujuan Tindakan Medis RSKD. Walaupun format formulirnya tidak harus sama persis dengan contoh format Persetujuan Tindakan Kedokteran yang terdapat di dalam Manual, alangkah baiknya bila penjabaran jenis maupun isi informasi yang diberikan oleh dokter dapat dijelaskan secara lengkap seperti yang terdapat di contoh format Persetujuan Tindakan Kedokteran. Formulir *informed consent* yang lengkap akan memberikan manfaat, perlindungan, serta kepastian hukum yang lebih kuat untuk dokter maupun pasien, terutama bila harus menghadapi suatu kasus hukum.

4.2.4 Kasus Posisi

Kasus yang dibahas dalam skripsi ini adalah perkara nomor 051/PDT.G/2005/PN.JKT.BAR. antara Aryatie vs dr. Sutjipto (terlampir), yang telah diputus oleh Pengadilan Negeri Jakarta Barat pada tanggal 31 Mei 2005 dan telah memiliki kekuatan hukum yang tetap. Aryatie selaku Penggugat merupakan kakak dari alm. Rohati, penderita kanker payudara yang merupakan pasien RSKD. Sedangkan yang menjadi Para Tergugat adalah dr. Sutjipto (dokter spesialis onkologi RSKD) selaku Tergugat I, RSKD selaku Tergugat II, dan Kementerian Kesehatan selaku Tergugat III.²⁸⁶

Pada intinya, gugatan dilakukan karena Penggugat merasa bahwa meninggalnya Rohati disebabkan oleh kesalahan dan kelalaian pada tindakan-tindakan medis yang dilakukan oleh dokter selama mengobati Rohati, sehingga Penggugat merasa bahwa telah terjadi perbuatan melawan hukum. Padahal

²⁸⁶ PN Jakarta Barat, *Putusan Perkara Aryatie vs dr. Sutjipto*, Perkara No. 051/PDT.G/2005/PN.JKT.BAR., hal. 1.

kenyataannya, Rohati meninggal bukan karena kesalahan ataupun kelalaian dari tindakan-tindakan medis yang dilakukan oleh dokter, tetapi karena penyakit kanker yang dideritanya sudah berada pada stadium lanjut yang sangat parah, di mana kankernya sudah menyebar (metastasis) ke paru-paru dan telah mengakibatkan kegagalan fungsi pada berbagai organ tubuh (*multiple organ failure*). Dokter telah mengupayakan pengobatan semaksimal mungkin, namun karena penyakit yang diderita oleh Rohati sudah sangat parah dan tidak dapat disembuhkan lagi, maka akhirnya Rohati meninggal dunia.²⁸⁷

Dalam putusan, Majelis Hakim menyatakan menolak seluruh gugatan Penggugat dan menyatakan bahwa Para Tergugat tidak melakukan perbuatan melawan hukum. Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat kesalahan ataupun kelalaian dalam tindakan-tindakan medis yang dilakukan oleh dokter selama mengobati Rohati.²⁸⁸

4.2.5 Analisis Kasus

Hubungan antara dokter dan pasien diatur dengan peraturan-peraturan tertentu agar terjadi keharmonisan dalam pelaksanaannya. Hubungan tanpa peraturan akan menyebabkan ketidakharmonisan dan kesimpangsiuran. Namun demikian, hubungan antara dokter dan pasien tetap berdasar pada kepercayaan terhadap kemampuan dokter untuk berupaya semaksimal mungkin dalam membantu menyelesaikan masalah kesehatan yang diderita oleh pasien. Tanpa adanya kepercayaan, maka upaya penyembuhan dari dokter akan kurang efektif. Oleh karena itu, dokter dituntut untuk melaksanakan hubungan yang setara dengan dasar kepercayaan sebagai kewajiban profesinya.²⁸⁹

Hubungan antara dokter dan pasien yang seimbang atau setara dalam ilmu hukum disebut sebagai hubungan kontraktual. Hubungan kontraktual atau transaksi terapeutik terjadi karena para pihak, yaitu dokter dan pasien, masing-masing diyakini mempunyai kebebasan dan kedudukan yang setara. Kedua belah pihak lalu mengadakan suatu perjanjian, di mana masing-masing pihak harus

²⁸⁷ *Ibid.*, hal. 16.

²⁸⁸ *Ibid.*, hal. 19.

²⁸⁹ Konsil Kedokteran Indonesia, *Komunikasi Efektif Dokter-Pasien*, (Jakarta: Konsil Kedokteran Indonesia, 2006), hal. 18.

melaksanakan peranan atau fungsinya satu sama lain. Peranan tersebut berupa hak dan kewajiban.²⁹⁰

Transaksi terapeutik dimulai dengan tanya jawab (anamnesis) antara dokter dan pasien, kemudian diikuti dengan pemeriksaan fisik. Kadang-kadang dokter membutuhkan pemeriksaan diagnostik untuk menunjang dan membantu menegakkan diagnosisnya, yang antara lain berupa pemeriksaan radiologi atau laboratorium, sebelum akhirnya menegakkan suatu diagnosis. Sebagaimana telah dikemukakan sebelumnya, tindakan medik mengharuskan adanya persetujuan dari pasien (*informed consent*), yang dapat berupa tulisan atau lisan. *Informed consent* harus didasarkan atas informasi dari dokter yang berkaitan dengan penyakit. Hal ini diatur di dalam UU Praktik Kedokteran Pasal 45.²⁹¹

Komunikasi antara dokter dengan pasien merupakan sesuatu yang sangat penting dan wajib. Kewajiban ini dikaitkan dengan upaya maksimal yang dilakukan oleh dokter dalam pengobatan pasiennya. Keberhasilan dari upaya tersebut dianggap tergantung dari keberhasilan seorang dokter untuk mendapatkan informasi yang lengkap tentang riwayat penyakit pasien dan penyampaian informasi mengenai penatalaksanaan pengobatan yang diberikan oleh dokter. Melihat pentingnya komunikasi timbal balik yang berisi informasi ini, maka secara jelas dan tegas diatur di dalam UU Praktik Kedokteran Pasal 45 ayat (2)-(3), Pasal 50 huruf c, Pasal 52 huruf a-b, dan Pasal 53 huruf a.²⁹²

Pasal-pasal UU Praktik Kedokteran di atas secara jelas menyebutkan mengenai hak dan kewajiban dokter serta hak dan kewajiban pasien, yang di antaranya memberikan penjelasan dan mendapatkan informasi. Hak pasien sebenarnya merupakan hak yang asasi, yang bersumber dari hak dasar individual dalam bidang kesehatan (*the right of self-determination*).²⁹³

Dalam hubungan dokter dan pasien, secara relatif pasien berada dalam posisi yang lebih lemah. Kekurangmampuan pasien untuk membela kepentingannya, yang dalam hal ini disebabkan oleh ketidaktahuan pasien pada masalah pengobatan, dalam situasi pelayanan kesehatan menyebabkan timbulnya

²⁹⁰ *Ibid.*

²⁹¹ *Ibid.*

²⁹² *Ibid.*, hal. 19.

²⁹³ *Ibid.*

kebutuhan untuk memperlakukan hak-hak pasien dalam menghadapi tindakan atau perlakuan dari para profesional kesehatan.²⁹⁴

Berdasarkan hak dasar manusia yang melandasi transaksi terapeutik, setiap pasien bukan hanya mempunyai kebebasan untuk menentukan apa yang boleh dilakukan terhadap dirinya atau tubuhnya, tetapi juga terlebih dahulu berhak untuk mengetahui hal-hal mengenai dirinya. Pasien perlu diberi tahu tentang penyakitnya dan tindakan-tindakan apa yang dapat dilakukan oleh dokter terhadap tubuhnya untuk menolong dirinya, serta segala risiko yang mungkin timbul kemudian.²⁹⁵

Pada dasarnya, keberhasilan pengobatan biasanya bergantung pada kepatuhan pasien terhadap instruksi yang diberikan oleh dokter. Menurut hasil penelitian Davis dan Francis, jika dokter memberikan informasi yang sangat minim kepada pasien, maka pasien cenderung untuk tidak mematuhi instruksi dokter. Contohnya keputusan para ibu untuk mematuhi instruksi dokter yang berkaitan dengan anaknya bergantung pada kepuasan para ibu tersebut terhadap informasi yang diperoleh dari dokter tentang penyakit anaknya. Ketidakpuasan orang tua akan timbul jika penyebab dan keadaan penyakit anaknya tidak diketahui. Selain itu, kewajiban dokter untuk memberikan informasi kepada pasien sebenarnya tidak terlepas dari kewajiban dokter untuk memperoleh atau mendapatkan informasi yang benar dari pasien. Oleh karena itu, komunikasi penting artinya dalam hubungan pelayanan medis.²⁹⁶

Transaksi terapeutik termasuk dalam *inspanningsverbintenis* karena dokter tidak mungkin menjanjikan kesembuhan kepada pasien. Hal yang dilakukan oleh dokter adalah melakukan pelayanan kesehatan sebagai upaya untuk menyembuhkan pasien. Dalam melakukan upaya ini, dokter harus melakukannya dengan penuh kesungguhan serta mengerahkan seluruh kemampuan dan keterampilan yang dimilikinya, dengan berpedoman kepada standar profesi.²⁹⁷

Dalam praktiknya, masih banyak dijumpai keadaan di mana dokter kurang memberikan informasi yang diperlukan kepada pasiennya. Dokter seharusnya

²⁹⁴ *Ibid.*

²⁹⁵ *Ibid.*

²⁹⁶ *Ibid.*, hal. 23.

²⁹⁷ Isfandyarie, *op. cit.*, hal. 62.

wajib memberikan informasi selengkap-lengkapya kepada pasien mengenai segala hal yang berhubungan dengan kondisi pasien, bukan hanya terhadap pertanyaan-pertanyaan yang diajukan oleh pasien. Karena informasi didasarkan pada itikad baik seperti yang telah disebutkan di atas, berarti informasi merupakan hak yang harus diterima oleh pasien dan kewajiban yang harus dilaksanakan oleh dokter.²⁹⁸

Karena informasi dari dokter merupakan hasil diagnosis yang salah satu faktornya adalah informasi dari pasien, maka pasien juga mempunyai kewajiban untuk memberikan informasi selengkap-lengkapya yang dilandaskan pada itikad baik. Informasi tersebut menyangkut keluhan-keluhan yang diderita, termasuk informasi mengenai tindakan-tindakan yang telah dilakukan oleh pasien dalam mengatasi keluhan tersebut. Secara timbal balik, hal ini juga berarti bahwa dokter berhak atas informasi dari pasiennya. Dengan demikian, agar transaksi terapeutik dapat berjalan dengan baik dan sukses, maka diperlukan kerja sama yang baik antara dokter dan pasien agar proses penyembuhan dapat berjalan semaksimal mungkin.²⁹⁹

Masalah komunikasi dan penyampaian informasi hampir selalu menjadi latar belakang dari tuntutan hukum yang dialami oleh dokter. Komunikasi harus berjalan secara dua arah dengan memberikan kesempatan tanya jawab antara dokter dan pasien dalam suasana saling menghormati dan saling mempercayai. Komunikasi juga harus tetap dijalankan setelah dilakukannya tindakan medis, di antaranya mengenai hasil dan kemungkinan timbulnya komplikasi yang tidak diharapkan.³⁰⁰

Dalam kasus *Aryatie vs dr. Sutjipto*, yang menjadi permasalahan sebetulnya bukanlah tindakan-tindakan medis yang dilakukan oleh dokter, tetapi komunikasi dan penyampaian informasi yang kurang efektif antara dokter dengan pasien dan keluarganya. Hal ini dapat dilihat dari gugatan perbuatan melawan hukum yang dilayangkan oleh Penggugat terhadap tindakan-tindakan medis yang dilakukan oleh dokter, padahal segala tindakan medis yang dilakukan sudah sesuai dengan standar profesi, standar prosedur operasional, serta kebutuhan medis pasien. Hal

²⁹⁸ *Ibid.*

²⁹⁹ *Ibid.*, hal. 93.

³⁰⁰ Darsono, *op. cit.*, hal. 107-108.

ini menunjukkan bahwa pasien dan keluarganya tidak benar-benar mengerti tentang tindakan-tindakan medis yang dilakukan, sehingga mengira bahwa dokter telah melakukan kesalahan dan kelalaian dalam proses pengobatan pasien, yang mengakibatkan pasien meninggal dunia.

Bila hanya dilihat dari tindakan-tindakan medis yang dilakukan oleh dokter, maka putusan pengadilan sudah tepat karena segala tindakan medis yang dilakukan oleh dokter sudah sesuai dengan standar profesi, standar prosedur operasional, serta kebutuhan medis pasien berdasarkan Pasal 51 UU Praktik Kedokteran. Tidak terdapat kesalahan ataupun kelalaian dalam tindakan-tindakan medis yang dilakukan. Tetapi bila faktor komunikasi dan penerapan hak atas informasi juga dimasukkan di dalam gugatan, hasilnya dapat saja berbeda.

Seperti yang telah dikemukakan sebelumnya, kepatuhan dari pasien terhadap saran-saran dokter memiliki peran yang penting dalam mendukung kelancaran proses pengobatan. Dalam kasus, Rohati seharusnya menjalani kemoterapi sebanyak enam kali. Tetapi ia hanya melaksanakannya sebanyak dua kali, setelah itu ia tidak melakukan kontrol selama lebih dari tiga bulan. Ketika akhirnya ia kembali ke RSKD, ia menolak untuk melanjutkan kemoterapi dan memilih untuk langsung melakukan operasi. Sikap pasien yang absen selama lebih dari tiga bulan merupakan bentuk dari pasien tidak menaati instruksi dokter, begitu pula dengan sikap pasien yang menolak dilanjutkannya kemoterapi merupakan bentuk dari pasien menolak cara pengobatan yang diusulkan. Dua hal ini, terutama tidak hadirnya Rohati untuk kontrol selama lebih dari tiga bulan yang mengakibatkan penyakitnya pasti menjadi bertambah buruk karena tidak mendapatkan perawatan dalam jangka waktu yang cukup lama, termasuk dalam bentuk *contributory negligence* yang berarti bahwa pasien menanggung risiko dari segala tindakan yang dilakukannya sendiri. Dalam hal ini, dokter tidak bisa dipersalahkan karena pasien tidak menaati instruksi dokter.

Tetapi bila *contributory negligence* ini dikaitkan dengan komunikasi dan penyampaian informasi oleh dokter, hasil penelitian Davis dan Francis telah menunjukkan bahwa jika dokter memberikan informasi yang sangat minim kepada pasien, maka pasien cenderung untuk tidak mematuhi instruksi dokter. Bila dapat dibuktikan bahwa dokter tidak dapat berkomunikasi maupun

memberikan informasi dengan baik dan lengkap kepada pasien sehingga menyebabkan proses perawatan dan penyembuhan menjadi tidak lancar, misalnya memberikan informasi dengan menggunakan bahasa kedokteran yang sulit dimengerti oleh pasien ataupun hanya memberikan penjelasan yang minim terhadap tindakan-tindakan medis yang akan atau sudah dilakukan, maka dokter dapat dianggap melakukan kelalaian dalam transaksi terapeutik karena tidak dapat melaksanakan kewajibannya dalam memenuhi hak atas informasi pasien. Padahal seperti yang telah dikemukakan sebelumnya, hak atas informasi merupakan salah satu hak pasien serta kewajiban dokter yang paling penting, yang harus dilaksanakan dengan baik dalam transaksi terapeutik. Dalam hal terjadi pelanggaran terhadap hak atas informasi ini, dokter dapat digugat dengan gugatan perbuatan melawan hukum karena memenuhi unsur-unsur pada Pasal 1365 KUHPerdota.

Bukti yang paling baik dan konkrit yang dapat menunjukkan apakah dokter telah memberikan cukup informasi atau apakah pasien telah menerima cukup informasi adalah formulir *informed consent*. Tetapi seperti yang telah dibahas sebelumnya, formulir Persetujuan Tindakan Medis RSKD sama sekali tidak mencantumkan jenis-jenis maupun isi informasi yang telah diberikan oleh dokter kepada pasien, sehingga tidak ada bukti yang konkrit apakah hak atas informasi dan komunikasi sudah berjalan dengan baik atau belum. Oleh karena itu, formulir *informed consent* sebaiknya dibuat selengkap mungkin, agar dapat membantu pertanggungjawaban dokter apabila digugat ataupun memperkuat gugatan pasien dalam hal hak atas informasi belum diterapkan secara sempurna.

Seandainya hubungan dan komunikasi antara dokter dan pasien berjalan dengan baik serta hak atas informasi diterapkan dengan sempurna, di mana dokter membina hubungan yang baik serta memberikan penjelasan yang dapat dimengerti oleh pasien dan keluarganya melalui *informed consent* sesuai dengan pedoman yang tercantum di dalam Pasal 45 ayat (1)-(6) UU Praktik Kedokteran, maka gugatan yang terjadi seharusnya dapat dihindari. Oleh karena itu, sifat khusus dari transaksi terapeutik ini perlu dipahami oleh para dokter yang melakukan praktik kedokteran, agar kasus hukum seperti yang dialami oleh dr. Sutjipto tidak terulang kembali.

BAB 5 PENUTUP

5.1 KESIMPULAN

1. Transaksi terapeutik adalah perjanjian antara dokter dengan pasien, yang memberikan kewenangan kepada dokter untuk melakukan kegiatan memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien, berdasarkan keahlian dan keterampilan yang dimiliki oleh dokter tersebut. Karena transaksi terapeutik merupakan perjanjian, maka terhadap transaksi terapeutik juga berlaku Hukum Perikatan yang diatur di dalam Buku III KUHPerdota, sebagaimana yang terdapat di dalam Pasal 1319 KUHPerdota. Untuk sahnya perjanjian tersebut, harus dipenuhi syarat-syarat yang termuat dalam Pasal 1320 KUHPerdota. Sedangkan akibat yang ditimbulkan diatur di dalam Pasal 1338 KUHPerdota, yang mengandung asas pokok Hukum Perjanjian. Selain itu untuk keabsahan kesepakatan para pihak yang mengikatkan dirinya, maka kesepakatan ini harus memenuhi kriteria dalam Pasal 1321 KUHPerdota. Sepakat ini merupakan persetujuan yang dilakukan oleh kedua belah pihak, di mana kedua belah pihak mempunyai persesuaian kehendak, yang dalam transaksi terapeutik dapat diartikan sebagai pihak pasien setuju untuk diobati oleh dokter dan dokter pun setuju untuk mengobati pasiennya. Transaksi terapeutik termasuk dalam *inspanningsverbintenis* karena dokter tidak mungkin menjanjikan kesembuhan kepada pasien. Hal yang dilakukan oleh dokter adalah melakukan pelayanan kesehatan sebagai upaya untuk menyembuhkan pasien. Sementara itu, pasien sebagai pihak lainnya yang menerima pelayanan medis harus juga berdaya upaya maksimal untuk mewujudkan kesembuhan dirinya, sebagai hal yang diperjanjikan. Pasien yang tidak kooperatif merupakan bentuk *contributory negligence* yang tidak bisa dipertanggungjawabkan oleh dokter.
2. *Informed consent* merupakan alat untuk memungkinkan penentuan nasib sendiri di dalam praktik kedokteran. Secara konkrit, pelaksanaan *informed consent* adalah persyaratan untuk setiap tindakan, baik yang bersifat

diagnostik maupun terapeutik. Di dalam pelayanan medis, agar pemberian pertolongan dapat berfungsi, maka para pemberi pertolongan perlu untuk memberikan informasi atau keterangan kepada pasien tentang keadaan dan situasi kesehatannya. *Informed consent* merupakan syarat subjektif untuk terjadinya transaksi terapeutik yang bertumpu pada dua macam hak asasi sebagai hak dasar manusia, yaitu hak atas informasi dan hak untuk menentukan nasibnya sendiri. Ketiadaan *informed consent* sebagai salah satu syarat transaksi terapeutik sesuai dengan Pasal 1320 KUHPerdara menyebabkan transaksi terapeutik dapat dimintakan pembatalan. Suatu pembedahan atau tindakan medis lainnya yang dilakukan oleh dokter tanpa persetujuan dari pasien, padahal pasien dalam keadaan sadar dan mampu untuk memberikan persetujuan, maka dokter tersebut dapat digugat telah melakukan suatu perbuatan melawan hukum berdasarkan Pasal 1365 KUHPerdara. Tanggung jawab hukum yang dimiliki oleh dokter umum maupun dokter spesialis dalam hal *informed consent* pada dasarnya sama. Namun karena dokter spesialis memiliki wewenang yang lebih besar untuk melakukan tindakan-tindakan yang invasif ataupun berisiko tinggi dibandingkan dokter umum (yang cenderung hanya melakukan tindakan-tindakan kedokteran dasar yang tidak memiliki risiko terlalu tinggi), maka dokter spesialis memiliki frekuensi hubungan yang lebih banyak dengan *informed consent* dan risiko yang ditanggung pun lebih besar, karena sebagian besar dari tindakan-tindakan kedokteran yang dilakukan oleh dokter spesialis lebih sulit ataupun berisiko tinggi, dibandingkan tindakan-tindakan kedokteran yang dilakukan oleh dokter umum.

3. Komunikasi antara dokter dengan pasien merupakan sesuatu yang sangat penting dan wajib. Kewajiban ini dikaitkan dengan upaya maksimal yang dilakukan oleh dokter dalam pengobatan pasiennya. Keberhasilan dari upaya tersebut dianggap tergantung dari keberhasilan seorang dokter untuk mendapatkan informasi yang lengkap tentang riwayat penyakit pasien dan penyampaian informasi mengenai penatalaksanaan pengobatan yang diberikan oleh dokter. Melihat pentingnya komunikasi timbal balik yang berisi informasi ini, maka secara jelas dan tegas diatur di dalam UU Praktik

Kedokteran Pasal 45 ayat (2)-(3), Pasal 50 huruf c, Pasal 52 huruf a-b, dan Pasal 53 huruf a. Pasal-pasal ini secara jelas menyebutkan mengenai hak dan kewajiban dokter serta hak dan kewajiban pasien, yang di antaranya memberikan penjelasan dan mendapatkan informasi. Dalam praktiknya, masih banyak dijumpai keadaan di mana dokter kurang memberikan informasi yang diperlukan kepada pasiennya. Bila dapat dibuktikan bahwa dokter tidak dapat berkomunikasi maupun memberikan informasi dengan baik dan lengkap kepada pasien sehingga menyebabkan proses perawatan dan penyembuhan menjadi tidak lancar, misalnya memberikan informasi dengan menggunakan bahasa kedokteran yang sulit dimengerti oleh pasien ataupun hanya memberikan penjelasan yang minim terhadap tindakan-tindakan medis yang akan atau sudah dilakukan, maka dokter dapat dianggap melakukan kelalaian dalam transaksi terapeutik karena tidak dapat melaksanakan kewajibannya dalam memenuhi hak atas informasi pasien. Padahal seperti yang telah dikemukakan sebelumnya, hak atas informasi merupakan salah satu hak pasien serta kewajiban dokter yang paling penting, yang harus dilaksanakan dengan baik dalam transaksi terapeutik. Dalam hal terjadi pelanggaran terhadap hak atas informasi ini, dokter dapat digugat dengan gugatan perbuatan melawan hukum karena memenuhi unsur-unsur pada Pasal 1365 KUHPerdota.

5.2 SARAN

1. Dalam melakukan komunikasi, dokter perlu memahami bahwa yang dimaksud dengan komunikasi tidak hanya merupakan komunikasi verbal melalui percakapan, namun juga mencakup pengertian komunikasi secara menyeluruh. Dokter perlu memiliki kemampuan untuk menggali dan bertukar informasi secara verbal dan non-verbal dengan pasien, anggota keluarga, masyarakat, kolega, dan profesi lain. Bila dokter tidak berhati-hati dalam melakukan komunikasi, dokter bisa berhadapan dengan sanksi atau ancaman hukum karena dianggap melakukan pelanggaran.³⁰¹

³⁰¹ Konsil Kedokteran Indonesia, *op. cit.*, hal. 24.

2. Dalam komunikasi dokter dan pasien diperlukan kemampuan berempati, yaitu upaya untuk menolong pasien dengan pengertian terhadap apa yang pasien butuhkan. Menghormati dan menghargai pasien adalah sikap yang diharapkan dari dokter dalam berkomunikasi dengan pasien. Bersikap adil dalam memberikan pelayanan medis adalah dasar pengembangan komunikasi efektif dan menghindarkan diri dari perlakuan diskriminatif terhadap pasien.³⁰²
3. Di berbagai negara maju seperti Australia, Inggris, dan Amerika Serikat, setiap pasien yang mengunjungi dokter memiliki alokasi waktu konsultasi yang bervariasi antara 15-20 menit. Periode konsultasi ini menjadi hak mutlak bagi pasien dari dokternya. Bahkan bila seorang pasien telah menyelesaikan konsultasinya dengan dokter tetapi masih memiliki sisa waktu, sang dokter akan tetap menawarkan pasien untuk mempergunakan sisa waktu yang ada. Dengan sisa waktu ini, seorang pasien dapat bertanya lebih jauh mengenai hal-hal lain yang berkaitan dengan penyakitnya. Dokter-dokter Indonesia dapat mencontoh hal ini. Dengan mengalokasikan waktu yang cukup untuk pasien, dokter berusaha untuk menjaga kualitas pelayanannya dan memberikan kepuasan bagi pasien.³⁰³
4. Pasien harus dapat membantu dokter dan dirinya sendiri dalam mencegah kesalahan diagnosis dan pengobatan. Pasien jenis ini bukan pasien yang hanya menerima apa pun yang dinasihatkan dan dilakukan oleh dokter kepadanya. Pasien yang baik adalah pasien yang terlibat secara aktif dalam setiap proses pengobatan. Ia aktif mencari tahu segala informasi tentang penatalaksanaannya, termasuk diagnosis penyakit, diagnosis banding, pengobatan yang diberikan, efek samping pengobatan, kemungkinan kegagalan dalam pengobatan, prognosis, dan sebagainya. Ia menjadikan dirinya bukan sebagai bawahan dokter, tetapi sebagai seorang teman yang dapat diajak bekerja sama untuk mengatasi penyakitnya. Pasien yang terlibat aktif dalam setiap pengobatan akan menjadi penyeimbang bagi dokter dalam segala tindakannya. Mereka secara langsung atau tidak dapat membantu

³⁰² *Ibid.*, hal. 24-25.

³⁰³ Mochtar, *op. cit.*, hal. 53.

dokter untuk menegakkan diagnosis yang tepat serta mengurangi risiko malpraktik dan kemungkinan kekeliruan dalam diagnosis atau pengobatan.³⁰⁴

5. Dalam hal terjadi sengketa dalam transaksi terapeutik antara dokter dan pasien, formulir *informed consent* yang lengkap dapat memberikan manfaat, perlindungan, dan kepastian hukum yang kuat untuk dokter maupun pasien. Formulir *informed consent* yang baik harus mencakup dokter pelaksana tindakan dan dokter pemberi informasi, serta jenis-jenis dan isi informasi yang diberikan oleh dokter kepada pasien. Formulir ini harus dapat memperlihatkan secara jelas informasi apa saja yang sudah diberikan oleh dokter kepada pasien. Oleh karena itu, formulir *informed consent* di RS sebaiknya minimal mengikuti format formulir yang terdapat di dalam Manual Persetujuan Tindakan Kedokteran dari Konsil Kedokteran Indonesia, yang sudah mencakup berbagai kategori informasi yang lengkap.

³⁰⁴ *Ibid.*, hal. 70.

DAFTAR PUSTAKA**BUKU**

- Ameln, Fred. *Hukum Kesehatan: Suatu Pengantar*. Jakarta: BPHN - Depkes - IDI, 1983.
- _____. *Kapita Selekta Hukum Kedokteran*. Jakarta: Grafikatama Jaya, 1991.
- Badruzaman, Mariam Darus. *Kompilasi Hukum Perikatan*. Bandung: Citra Aditya Bakti, 2001.
- _____. *KUHPerdata Buku III: Hukum Perikatan (Dengan Penjelasan)*. Bandung: Alumni, 1993.
- Darmabrata, Wahyono. *Hukum Perdata: Pembahasan mengenai Asas-asas Hukum Perdata*. Jakarta: Gitama Jaya, 2004.
- Darsono, Soeraryo. *Etik, Hukum Kesehatan, dan Kedokteran: Sudut Pandang Praktikus*. Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro, 2005.
- Fuady, Munir. *Sumpah Hippocrates: Aspek Hukum Malpraktik Dokter*. Bandung: Citra Aditya Bakti, 2005.
- Guwandi, J. *Tindakan Medik dan Tanggung Jawab Produk Medik*. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 1993.
- Harahap, Yahya. *Segi-segi Hukum Perjanjian*. Bandung: Alumni, 1986.
- Indonesia. *Ensiklopedi Nasional Indonesia*. Jakarta: Cipta Adi Pustaka, 1989.
- Isfandyarie, Anny. *Tanggung Jawab Hukum dan Sanksi bagi Dokter*. Jakarta: Prestasi Pustaka, 2006.
- Kerbala, Husein. *Segi-segi Etis dan Yuridis Informed Consent*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan, 1993.

Koeswadji, Hermien Hadijati. *Hukum Kedokteran: Studi tentang Hubungan Hukum dalam mana Dokter sebagai Salah Satu Pihak*. Bandung: Citra Aditya Bakti, 1998.

_____. *Hukum Kedokteran di Dunia Internasional*. Jakarta: BPHN - Depkes - IDI, 1983.

Komalawati, Veronica. *Hukum dan Etika dalam Praktik Dokter*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan, 1989.

_____. *Peranan Informed Consent dalam Transaksi Terapeutik: Persetujuan dalam Hubungan Dokter dan Pasien (Suatu Tinjauan Yuridis)*. Bandung: Citra Aditya Bakti, 2002.

Konsil Kedokteran Indonesia. *Komunikasi Efektif Dokter-Pasien*. Jakarta: Konsil Kedokteran Indonesia, 2006.

_____. *Manual Persetujuan Tindakan Kedokteran*. Jakarta: Konsil Kedokteran Indonesia, 2009.

Mochtar, Iqbal. *Dokter Juga Manusia*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama, 2009.

Nasution, Bader Johan. *Hukum Kesehatan: Pertanggungjawaban Dokter*. Jakarta: Rineka Cipta, 2005.

RS Kanker Dharmais. *Rumah Sakit Kanker Dharmais: 4 Tahun dalam Pengabdian*. Jakarta: RS Kanker Dharmais, 1997.

_____. *Rumah Sakit Kanker Dharmais: 10 Tahun Melangkah*. Jakarta: RS Kanker Dharmais, 2003.

Satrio, J. *Hukum Perjanjian*. Bandung: Citra Aditya Bakti, 1992.

Soekanto, Soerjono. *Segi Hukum Hak dan Kewajiban Pasien*. Bandung: Mandar Maju, 1990.

Soekanto, Soerjono dan Kartono Mohamad. *Aspek Hukum dan Etika Kedokteran di Indonesia*. Jakarta: Grafiti Pers, 1983.

Subekti. *Hukum Perjanjian*. Jakarta: Intermasa, 2002.

_____. *Pokok-pokok Hukum Perdata*. Jakarta: Intermasa, 2001.

Suryodiningrat, R.M. *Asas-asas Hukum Perikatan*. Bandung: Tarsito, 1985.

Wijaya, I.G. Rai. *Merancang Suatu Kontrak*. Jakarta: Kesaint Blanc, 2002.

Wiradharma, Danny. *Penuntun Kuliah Hukum Kedokteran*. Jakarta: Binarupa Aksara, 1996.

PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN

Departemen Kesehatan. *Peraturan Menteri Kesehatan tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran*. Permenkes No. 290 Tahun 2008.

Indonesia. *Kitab Undang-undang Hukum Perdata (Burgerlijk Wetboek)*. Diterjemahkan oleh Subekti dan R. Tjitrosudibio. Jakarta: Pradnya Paramita, 2003.

_____. *Undang-undang tentang Kesehatan*. UU No. 36 Tahun 2009. LN. No. 144 Tahun 2009. TLN. No. 5063.

_____. *Undang-undang tentang Pengesahan International Covenant on Civil and Political Rights*. UU No. 12 Tahun 2005. LN. No. 119 Tahun 2005. TLN. No. 4558.

_____. *Undang-undang tentang Praktik Kedokteran*. UU No. 29 Tahun 2004. LN. No. 116 Tahun 2004. TLN. No. 4431.

_____. *Undang-undang tentang Rumah Sakit*. UU No. 44 Tahun 2009. LN. No. 153 Tahun 2009. TLN. No. 5072.

_____. *Peraturan Pemerintah tentang Tenaga Kesehatan*. PP No. 32 Tahun 1996. LN. No. 49 Tahun 1996. TLN. No. 3537.

INTERNET

Gelar Dokter Spesialis dan Artinya. <http://aminuddin01.wordpress.com/2009/03/29/tahukah-anda-gelar-dokter-spesialis-dan-artinya>.
29 Maret 2009.

Masalah Komunikasi Dokter dan Pasien di Indonesia. http://www.ilunifk.com/berita_more.php?id=45_0_3_0_M. 19 Maret 2010.

Perjanjian Perbuatan Melawan Hukum atau Wanprestasi.
<http://hukumonline.com/klinik.asp>. 16 Maret 2007.

