



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS KASUS GUGATAN MEDIS
DI RS HARAPAN BUNDA BATAM
AGUSTUS 2002 S/D JULI 2010**

TESIS

**Made Tantra Wirakesuma
NPM : 0906502292**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK
DESEMBER 2010**



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS KASUS GUGATAN MEDIS
DI RS HARAPAN BUNDA BATAM
AGUSTUS 2002 S/D JULI 2010**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Administrasi Rumah Sakit**

**Made Tantra Wirakesuma
NPM : 0906502292**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK
DESEMBER 2010**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Made Tantra Wirakesuma

NPM : 0906502292

Tanda Tangan :

Tanggal : 03 Januari 2011

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Made Tantra Wirakesuma

NPM : 0906502292

Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Indonesia

Judul Tesis : Analisis Kasus Gugatan Medis di RS Harapan Bunda
Batam Agustus 2002 s/d Juli 2010

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Administrasi Rumah Sakit pada Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

Dewan Penguji

Pembimbing : Prof.Purnawan Junadi, dr. MPH, PhD (.....)

Penguji : dr Sandi Iljanto, MPH (.....)

Penguji : Riati Anggriani, SH ,MARS.M Hum (.....)

Penguji : Yudarini,SH,Mkes (.....)

Ditetapkan di : Jakarta

Tanggal : 03 Januari 2011

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

A. Biodata

Nama : Made Tantra Wirakesuma
Tempat/Tanggal lahir : Singaraja, 01 Desember 1966
Alamat : Anggrek Mas Blok H No. 26 Batam
Jenis kelamin : Laki-laki
Status : Menikah

B. Pendidikan

1971-1977 : SD Karya Singaraja Bali
1977-1981 : SMPK Santo Paulus Singaraja Bali
1981-1984 : SMAK Santo Albertus Malang Jawa Timur
1984-1991 : Fakultas Kedokteran Universitas Udayana Denpasar Bali

C. Pengalaman kerja

1992-1995 : Dokter PTT, Ka Puskesmas Sungai Salak Indragiri Hilir Riau
1995-1996 : Ka Instalasi Rawat Jalan RS Harapan Bunda Batam
1996-1997 : Wakil Direktur Umum RS Harapan Bunda Batam
1997-2000 : Wakil Direktur RS Harapan Bunda Batam
2000-2002 : Kepala Cabang On Clinic Batam
2002-2010 : Direktur RS Harapan Bunda Batam
2010- : Direktur Utama RS Harapan Bunda Batam.

KATA PENGANTAR

Puji Syukur dipanjatkan kepada Tuhan Yang Maha Kuasa, karena berkat rahmat dan karunia Nya, penulis dapat menyelesaikan tesis ini dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Administrasi Rumah Sakit Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Penulis menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan tesis ini, sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan tesis ini. Oleh karena itu penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Prof.Purnawan Junadi, dr.MPH,PhD selaku pembimbing akademik, yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan penulis dalam penyusunan tesis ini.
2. Ketua Program Studi,para dosen, dan staf program KARS UI, yang telah membimbing dan membantu penulis selama penulis mengikuti pendidikan.
3. Pihak RS Harapan Bunda Batam yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang penulis perlukan.
4. Rekan-rekan KARS khususnya Angkatan 2009 kelas Batam yang begitu peduli dan membantu satu sama lainnya.
5. Orang tua dan keluarga yang telah memberikan bantuan dukungan material dan moral.

Akhir kata, penulis berharap Tuhan Yang Maha Kuasa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga tesis ini dapat memberikan manfaat bagi pengembangan ilmu.

Batam, Oktober 2010

Made Tantra Wirakesuma

NPM : 0906502292

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

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

Nama : Made Tantra Wirakesuma
NPM : 0906502292
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Departemen : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-exclusive Royalty- Free Right)** atas karya ilmiah saya yang berjudul : **Analisis Kasus Gugatan Medis di RS Harapan Bunda Batam Agustus 2002 s/d Juli 2010** beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/format-kan, 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 : Jakarta

Pada tanggal : 03 Januari 2011

Yang Menyatakan



(Made Tantra Wirakesuma)

ABSTRAK

Nama : Made Tantra Wirakesuma

Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit

Judul : Analisis Kasus Gugatan Medis di RS Harapan Bunda
Batam Agustus 2002 s/d Juli 2010

Tesis ini membahas mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya gugatan medis di Rumah Sakit. Penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan desain deskriptif. Pengumpulan data dilakukan dengan data primer melalui penelitian arsip yang dilakukan dengan penelusuran rekam medis pasien yang melakukan gugatan medis, dan melakukan wawancara mendalam dengan pihak-pihak terkait. Sedangkan data sekunder diperoleh melalui penelusuran bahan-bahan pustaka. Hasil penelitian memberikan saran strategis dan saran operasional untuk meminimalisir terjadinya gugatan medis di Rumah Sakit, dan dapat memberikan solusi yang meminimalisir kerugian RS apabila terjadi gugatan medis.

Kata kunci :
Gugatan medis, rekam medis, kerugian Rumah Sakit

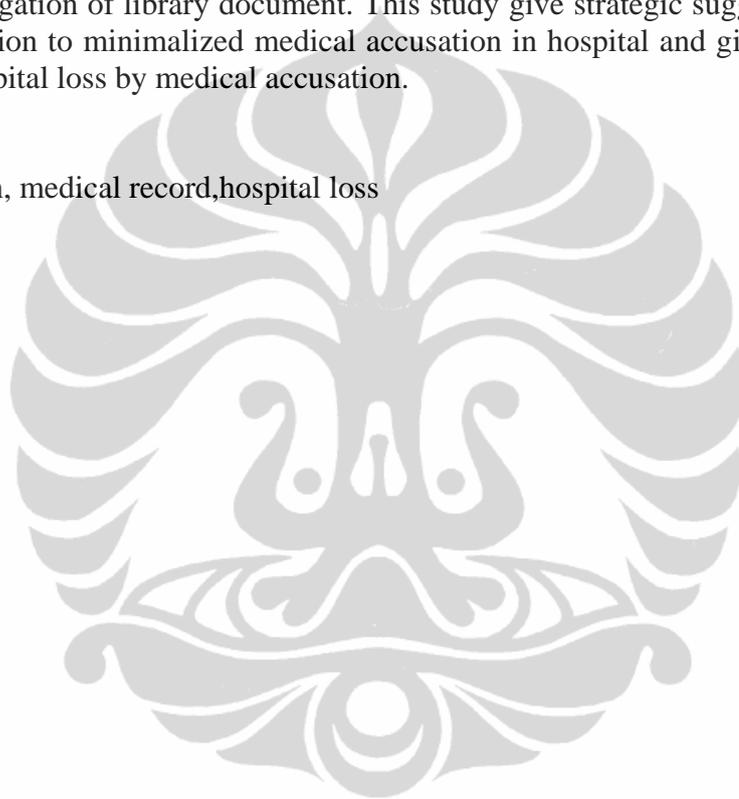
ABSTRACT

Name : Made Tantra Wirakesuma
Study Program : Hospital Administration Study
Title : Analitic of Medical Accusation in Harapan Bunda
Hospital Batam August 2002 – July 2010

This Tesis study about factors that influence medical accusation in the hospital. This research is qualitatif research with descriptive design. Processing of data collection by primary data and secondary data. Primary data collected by medical record of patients who claim to hospital and deep interview with interrelated party. Secondary data collected by investigation of library document. This study give strategic suggestion and operational suggestion to minimalized medical accusation in hospital and give solution to minimalized hospital loss by medical accusation.

Key words :

Medical Accusation, medical record, hospital loss



DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	iv
KATA PENGANTAR.....	v
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vi
ABSTAK	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR DIAGRAM.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	6
1.4 Tujuan Penelitian	7
1.5 Manfaat Penelitian	7
1.6 Ruang Lingkup Penelitian.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1 Pemilahan kasus gugatan medis.....	9
2.2 Aspek Komunikasi dan Informasi Medical Record.....	11
2.3 Kompetensi Tenaga Medis.....	13
2.4 Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit	14
2.5 Persepsi hubungan dokter dan pasien	15
2.6 Persepsi Malpraktek.....	17
2.7 Perjanjian Terapeutik	18
2.8 Tanggung jawab kesehatan di dalam Rumah sakit.....	20
2.9 Prosedur Penanganan sengketa medis di RSHB Batam.....	22

2.10 Komunikasi.....	29
BAB III GAMBARAN UMUM RS HARAPAN BUNDA BATAM	30
3.1 Visi	30
3.2 Misi	30
3.3 Motto	31
3.4 Fasilitas Pelayanan	31
3.5 Status Akreditasi	34
3.6 Instalasi Rawat Inap RSHB.....	34
3.7 Alur proses pengelolaan komplain.....	38
BAB IV KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL.....	39
4.1 Kerangka Konsep	39
4.1.1 Pasien	39
4.1.2 Dokter.....	40
4.1.3 Pihak ke tiga.....	41
4.1.4 Manajemen RS	41
4.2 Variabel dan definisi operasional variabel.....	43
BAB V METODELOGI PENELITIAN.....	47
5.1 Desain Penelitian.....	47
5.2 Lokasi dan waktu Penelitian	47
5.3 Metode Pengumpulan data.....	47
5.4 Instrumen Penelitian	48
5.5 Pengolahan dan analisa data	48
5.6 Tehnik pemeriksaan keabsahan	48
5.7 Etika Penelitian	49
BAB VI HASIL PENELITIAN	50
6.1 Keterbatasan Penelitian.....	50
6.2 Informan Penelitian.....	50
6.3 Hasil Penelitian Arsip	50

6.4 Hasil Wawancara Mendalam	53
6.5 Hasil Observasi	57
BAB VII PEMBAHASAN	59
7.1 Faktor-faktor terjadinya gugatan medis	59
7.2 Adverse Event & Malpraktik	62
7.3 Ganti rugi Akibat Malpraktik.....	67
7.4 Pembahasan Variabel-variabel.....	68
7.5 Kesimpulan Pembahasan	87
BAB VIII KESIMPULAN DAN SARAN.....	88
8.1 Kesimpulan	88
8.2 Saran Strategis.....	88
8.3 Saran Operasional	90
DAFTAR PUSTAKA.....	93
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

TABEL 1	Indikator-indikator Rawat Inap	35
TABEL 2	Faktor-faktor yang mempengaruhi gugatan medis di RS Harapan Bunda Batam	58
TABEL 3	Tingkat Pendidikan Pasien / Keluarga Pasien.....	68
TABEL 4	Status Ekonomi Pasien / Keluarga Pasien.....	70
TABEL 5	Suku Bangsa Pasien / Keluarga Pasien	74
TABEL 6	Kualitas Komunikasi Dokter.....	77
TABEL 7	Ketaatan menjalankan SOP.....	79
TABEL 8	Standar Pelayanan Minimal Dokter	79
TABEL 9	Pihak Ketiga	83
TABEL 10	Kelengkapan SOP	86
TABEL 11	Peralatan Medis	86

DAFTAR DIAGRAM

DIAGRAM 1	Alur proses pasien di Instalasi Rawat Inap RSHB	35
DIAGRAM 2	Alur proses pengelolaan komplain di RSHB.....	38
DIAGRAM 3	Kerangka Konsep : Faktor-faktor yang mempengaruhi gugatan medis	42



DAFTAR LAMPIRAN

1. Pedoman Wawancara
2. Struktur Organisasi RS Harapan Bunda Batam
3. Form Persetujuan Rawat Inap
4. Inform consent
5. Form Persetujuan tindakan medis
6. Kuesioner pelayanan RS Harapan Bunda Batam untuk pasien Rawat Inap



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Rumah Sakit adalah suatu organisasi yang unik, merupakan perpaduan pelayanan medik dengan service secara bersamaan. Perkembangan ilmu dan teknologi kesehatan yang semakin pesat telah membawa manfaat yang besar untuk terwujudnya derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Perkembangan ini juga diikuti dengan perkembangan hukum di bidang kesehatan, sehingga secara bersamaan para pelaku kesehatan, terutama dokter, menghadapi masalah hukum yang timbul dari kegiatan, perilaku, sikap dan kemampuan menjalankan profesi kesehatan. Seiring dengan itu suara-suara yang menuntut agar hukum memainkan perannya guna melindungi pasien dari tindakan malapraktek terdengar semakin keras. Banyak kasus-kasus yang diangkat ke pengadilan dengan gugatan perdata atau tuntutan pidana akibat terjadinya malapraktek atau kurang memadainya pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien.

Dalam beberapa tahun belakangan ini, telah terjadi berbagai perubahan mendasar dalam pelayanan klinik di Rumah Sakit dan unit pelayanan kesehatan lainnya. Jika semula Rumah Sakit lebih mengandalkan kemampuan manajerial dan klinik dari petugas pelayanan kesehatan yang ada, saat ini pelayanan lebih berfokus pada diri pasien yang secara lebih rinci diterjemahkan menjadi **patient safety**. Hal ini disebabkan oleh temuan-temuan dari berbagai penelitian yang menunjukkan bahwa mengandalkan pelayanan hanya pada kemampuan klinik dan manajerial ternyata justru sering berakhir pada situasi yang kadang merugikan pasien.

Berbeda dengan pelayanan jasa lainnya, pelayanan-kesehatan dan kedokteran memiliki spektrum yang unik. Setiap tindakan pada pelayanan kesehatan mengandung risiko yang spesifik, yang mungkin tidak dimiliki oleh penderita yang sejenis. Oleh sebab itu, outcome dari pelayanan kesehatan juga bervariasi. Yang paling sering menjadi sorotan adalah risiko pada tindakan-tindakan medis. Namun demikian sebagian diantaranya tetap dapat dilakukan karena risiko tersebut dapat diterima (acceptable).

Risiko yang dapat diterima adalah risiko-risiko sebagai berikut:

- a. Risiko yang derajat probabilitas dan keparahannya cukup kecil, dapat diantisipasi, diperhitungkan atau dapat dikendalikan, misalnya efek samping obat.
- b. Risiko yang derajat probabilitas dan keparahannya besar pada keadaan tertentu yaitu apabila tindakan medis yang beresiko tersebut harus dilakukan karena merupakan satu-satunya cara yang harus ditempuh (the only way) terutama dalam keadaan gawat darurat.

Tenaga profesional kesehatan harus bertugas secara profesional agar dapat memberikan pelayanan yang baik bagi pasien atau penderita. Namun demikian, keadaan tidak selalu seideal seperti yang diharapkan, karena dipengaruhi oleh banyak aspek, fasilitas, dukungan medik, diagnostik, terapeutik, dan kerja tim yang kadang terbatas.

Berkaitan dengan tindakan medik, terdapat prinsip-prinsip etik kedokteran yang terkait dengan erat, yaitu :

- a. Prinsip Otonomi yang artinya prinsip moral dokter untuk selalu menghormati hak pasien terutama untuk memperoleh informasi yang jujur dan benar serta hak untuk menentukan apa yang boleh dilakukan terhadap dirinya, yang kemudian dikembangkan dalam doktrin " informed consent"
- b. Prinsip beneficence yang artinya prinsip moral dokter untuk selalu berorientasi kepada kebaikan pasien.
- c. Prinsip non maleficence yang artinya prinsip moral dokter untuk tidak melakukan tindakan yang akan memperburuk keadaan pasien.
- d. Prinsip justice yang artinya prinsip moral dokter untuk menunjukkan adanya rasa fair dan non diskriminatif.

Pendapat yang mengatakan bahwa kecelakaan dapat dicegah dengan desain organisasi dan manajemen yang baik akhir-akhir ini sangat dipercaya kebenarannya, dan diharapkan manajemen risiko yang baik akan dapat meminimalisir risiko terhadap kerugian rumah sakit.

Hukum kesehatan termasuk hukum " lex specialis " (lex specialis derogat legi generali yang artinya undang-undang yang bersifat khusus menyampingkan

undang-undang yang bersifat umum), yang melindungi secara khusus tugas profesi kesehatan (provider) dalam program pelayanan kesehatan manusia menuju ke arah tujuan deklarasi " Health for All " dan perlindungan khusus terhadap pasien (receiver) untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

Dalam penegakan hukum kesehatan, kesulitan yang dihadapi oleh penegak hukum, pada umumnya berada dalam tataran pemahaman, artinya, kurangnya kemampuan atau pengetahuan aparat penegak hukum terhadap hukum kesehatan, dalam konteks ini biasanya ditemukan persoalan antara etik dan hukum. Artinya, apakah perbuatan atau tindakan dokter yang dianggap merugikan pasien itu merupakan pelanggaran etik atau pelanggaran hukum positif yang berlaku. Mengacu pada kenyataan betapa rumitnya penegakan hukum dalam bidang kesehatan, kiranya perlu dipahami beberapa faktor penting yang perlu mendapat perhatian sehingga aparat penegak hukum dapat menegakkan aturan-aturan hukum di bidang kesehatan dan sekaligus dapat melindungi pasien dan profesi kesehatan itu sendiri. Penegakan hukum di bidang kesehatan dipengaruhi oleh tiga unsur penting, yaitu :

- a. Aturan hukum yang mengatur mengenai profesi kesehatan.
- b. Aparat penegak hukum
- c. Institusi hukum

Menjelang pertengahan abad ke 20 terjadi " Revolusi kesehatan " yang berakibat negatif seperti munculnya gejala anarki, misalnya dengan cara beramai-ramai oleh masyarakat melakukan gugatan perdata dan atau tuntutan pidana terhadap dokter atau rumah sakit yang mengedepankan konflik hukum yang tidak proporsional. Pihak dokter atau Rumah Sakit di Kanada, Amerika Serikat dan Eropa Timur menghindari tindakan anarki tersebut dengan melakukan eksodus ke negara lain atau melakukan **defensive medicine**, yang berakibat bumerang bagi masyarakat itu sendiri karena sulit memperoleh pengobatan. Untuk mengantisipasi agar jangan sampai terjadi tindakan malapraktek yang dapat merugikan pasien dan pelaku profesi kesehatan itu sendiri, kemampuan memahami perangkat hukum yang berisikan kaidah-kaidah ataupun prosedur yang berlaku di bidang kesehatan sangat diperlukan. Hanya dengan pemahaman inilah ilmu dan teknologi kesehatan yang sedemikian maju dengan pesat dapat dipergunakan sebagaimana mestinya,

sehingga tidak menimbulkan kerugian baik bagi pasien maupun bagi kalangan profesi kesehatan itu sendiri.

Perkembangan perumahsakit di Indonesia dari tahun ke tahun nampaknya "berjalan amat pesat. Dengan melihat sejarah perumahsakit di Indonesia yang pertama kali didirikan oleh VOC pada tahun 1626, seharusnya telah memberikan durasi waktu yang cukup untuk belajar dan mengembangkan diri terhadap pelayanan dan kinerja rumah sakit yang lebih baik. (www.id.wikipedia.org,2008).

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 920/Men.Kes/Per/XII/86 tentang Upaya Pelayanan Kesehatan Swasta di Bidang Medik, yang diperbaharui oleh Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 84/Men.Kes/Per/II/1990, disebutkan, bahwa pelayanan kesehatan swasta di bidang medik adalah merupakan bagian integral dari jaringan pelayanan medik yang diselenggarakan oleh perorangan, kelompok, yayasan atau badan hukum lainnya yang meliputi upaya penyembuhan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif) disamping upaya peningkatan (promotif) dan pencegahan (preventif).

Peraturan Menteri Kesehatan tadi diimplementasikan dengan lebih mendetail dengan Keputusan Dirjen Yanmed Nomor HK.00.06.3.5.5797 tentang Petunjuk Pelaksanaan Upaya Pelayanan Kesehatan Swasta di Bidang Medik Spesialistik yang mengatur mengenai persyaratan penyelenggaraan Rumah Sakit (nama, lokasi, organisasi, bangunan, peralatan/kelengkapan, ketenagaan, tarif dan perijinan RS). Perijinan RS meliputi Ijin Mendirikan RS, Ijin Penyelenggaraan RS, Perpanjangan Ijin Penyelenggaraan RS, Ijin perluasan/pengembangan dan pembukaan cabang RS, serta pengalihan kepemilikan RS/perubahan status pemilik.

Dengan melihat perkembangan Batam pada tahun 1990 an, pada saat itu di Batam hanya terdapat 1 buah RS Pemerintah yaitu RS Otorita Batam (RSOB), maka pihak swasta merasa terpanggil untuk memanfaatkan peluang tersebut untuk membantu Pemerintah meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat Batam. Pada tanggal 8 November 1993, dengan Surat Ijin penyelenggaraan RS Nomor YM.02.04.3.5.9549, maka resmilah kiprah RS Harapan Bunda di industri perumahsakit di Batam, yang juga akan menambah hangat kompetisi dan dinamika pengelolaan Rumah Sakit di Indonesia. Sampai tahun 2009, jumlah RS

yang terdaftar pada Dirjen YanMedik Depkes RI sebanyak 1258 yang tersebar di seluruh provinsi di Indonesia. 50 % diantaranya berada di pulau Jawa. Dari keseluruhan jumlah Rumah sakit di Indonesia, setengahnya adalah Rumah Sakit swasta di bawah suatu yayasan atau perusahaan dan juga Rumah Sakit BUMN. (www.yanmedik-depkes.net,2009).

RS Harapan Bunda Batam adalah Rumah Sakit Umum, yang posisinya strategis di pusat kota Batam, mempunyai luas lahan 2989 m² dan luas bangunan 7771 m² dan memiliki kapasitas 98 Tempat Tidur.

1.2. Rumusan Masalah

Dari tahun 2002 s/d 2010 telah didapati 6 (enam) kasus gugatan medis yang sebagian besar berasal dari Instalasi Rawat Inap yang berawal dari penanganan komplain yang kurang maksimal. Dari hasil wawancara dan investigasi didapatkan bahwa gugatan medis yang terjadi sangat dipengaruhi oleh faktor-faktor sebagai berikut :

- a. Dari faktor pasien
- b. Dari faktor dokter
- c. Dari faktor manajemen RS
- d. Dari faktor pihak ketiga.

Dari proses pengelolaan komplain sampai terjadinya sengketa medis dan pengelolaan sengketa medis tersebut ada beberapa permasalahan yang dijumpai yaitu :

- a. Dokter dan staf yang ditunjuk belum trampil untuk mengelola keluhan atau komplain yang disampaikan oleh pasien. Sering terjadi emosi pasien atau keluarganya malah semakin meninggi akibat kurang terampilnya Dokter dan staf untuk menenangkan pasien.
- b. Dokter dan staf yang ditunjuk belum sepenuhnya memahami alur proses penanganan sengketa medis di RS Harapan Bunda.
- c. Pelaporan kepada Direksi tidak disertai dokumen yang lengkap, sehingga

Direksi kesulitan untuk menganalisa kasus sengketa medis tersebut.

- d. Ketidaklengkapan dokumen yang sering terjadi adalah rekam medis pasien yang tidak diisi secara lengkap dan jelas, tidak ada/ kurang lengkapnya kronologis kasus, dan tidak disertakannya SOP.
- e. Butuh waktu yang relatif lama untuk mendapatkan pertimbangan dari organisasi profesi.
- f. Kesulitan untuk mengungkapkan isi dokumen medis kepada media sesuai dengan peraturan yang berlaku.
- g. Persepsi mengenai tanggung jawab (liability) kesehatan di dalam rumah sakit masih belum dipahami sepenuhnya oleh pihak-pihak yang terkait. (Manajemen, Dokter maupun perawat)
- h. Belum disosialisasikannya 16 wajib hukum bagi tenaga kesehatan

1.3. Pertanyaan Penelitian

- a. Bagaimana faktor-faktor yang mempengaruhi gugatan medis di RS Harapan Bunda Batam dari faktor pasien (pendidikan, status ekonomi, suku bangsa) dari faktor dokter (komunikasi, kompetensi dan ketaatan melaksanakan SOP), dari faktor manajemen RS (kelengkapan SOP, kelengkapan dan siap pakainya peralatan medis) dan dari faktor pihak ketiga (pengacara, LSM dan media)
- b. Bagaimana alur proses penanganan sengketa medis yang efektif untuk meminimalisir resiko kerugian yang dialami oleh RS.

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk memberikan analisa kasus gugatan medis di RS Harapan Bunda Batam Agustus 2002 s/d Juli 2010.

1.4.2 Tujuan Khusus

- a. Mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya kasus gugatan medis

di RS Harapan Bunda Batam.

- b. Mengetahui alur proses penanganan kasus gugatan medis yang efektif yang telah dilaksanakan di RS Harapan Bunda Batam.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Bagi Rumah Sakit

- a. Dapat mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya kasus gugatan medis di RS Harapan Bunda Batam.
- b. Dapat mengetahui alur proses penanganan kasus sengketa medis yang efektif yang dapat dilaksanakan di RS Harapan Bunda Batam.

1.5.2 Bagi Program Pasca Sarjana

Sebagai masukan dalam mengevaluasi sejauhmana proses belajar dan mengajar di Program Studi Kajian Administrasi Rumah sakit dapat diterapkan di lapangan.

1.5.3 Bagi Mahasiswa

- a. Mendapatkan pengalaman nyata dan terpapar dengan pelaksanaan manajemen baik di unit kerja maupun di tingkat RS.
- b. Mendapatkan pengalaman mengenai penerapan teori yang diperoleh selama kuliah.
- c. Mampu mengidentifikasi masalah-masalah manajemen secara lebih komprehensif, berdasarkan kajian dengan metode yang telah dipelajari, sekaligus mempunyai kesempatan ikut serta dalam proses pemecahan masalah.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode pengumpulan data melalui penelitian arsip (document research) terhadap rekam medis pasien yang melayangkan gugatan medis kepada pihak RS Harapan Bunda Batam dan wawancara kepada pihak-pihak yang terkait.

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pemilahan Kasus Gugatan Medis

Saat terjadi suatu gugatan medis di Rumah Sakit, maka hal pertama yang harus dilakukan adalah membuat kesimpulan sementara atas kasus yang terjadi, yaitu apakah kasus tersebut termasuk dalam kategori kasus hukum, etika, disiplin/administrasi atau gabungan diantara ketiga-tiganya.

2.1.1 Kasus hukum pelayanan medis :

a. Aspek hukum pidana

Hubungan antara dokter dengan pasien pada hakekatnya adalah hubungan yang didasarkan kepada kepercayaan dimana pasien percaya akan pengobatan yang dilakukan oleh dokter. Hubungan ini menganut prinsip inspanding verbittenis dimana tidak ada suatu jaminan akan halnya suatu penyembuhan. Suatu perbuatan dapat dijerat dengan sanksi pidana apabila perbuatan tersebut melanggar suatu norma yang telah diatur dalam KUHP atau aturan pidana lainnya. Di dalam menentukan pelaku tindak pidana, perlu dicari siapa yang bersalah. Dalam hukum pidana dikenal ada 2 jenis kesalahan, yaitu :

- Dolus atau opset atau kesengajaan, yang merupakan bentuk kesalahan yang terberat.
- Culpa atau kelalalan atau kealpaan yang merupakan bentuk kesalahan yang lebih ringan.

b. Aspek hukum perdata

Hubungan hukum antara pasien dan dokter atau Rumah sakit dalam pelayanan medis disebut dengan transaksi terapeutik. Apabila atas penjelasan dokter, pasien telah dapat mengerti dan akhirnya menyetujui untuk dilakukan suatu tindakan guna upaya memulihkan kesehatannya, maka terhadap persetujuan tersebut timbul hak dan kewajiban bagi dokter atau rumah sakit dan pasien. Dari

aspek perdata seorang dokter yang merawat pasien oleh peraturan dimungkinkan adanya tuntutan ganti rugi.

Pengajuan permintaan ganti rugi dapat diajukan melalui gugatan di Pengadilan negeri dengan dasar gugatan sebagaimana diatur hukum perdata dan hukum acara perdata dengan syarat-syarat yang harus dipenuhi sebagai berikut:

- Harus ada perbuatan (dalam pengertian berbuat atau tidak berbuat)
- Perbuatan itu harus melanggar hukum.
- Adanya kerugian akibat perbuatan tersebut.
- Adanya hubungan yang jelas sebab akibat antara perbuatan melanggar hukum itu dengan kerugian yang diderita.
- Adanya kesalahan (kesengajaan atau kelalaian)

2.1.2 Pelanggaran etik

Membedakan suatu kasus medis ke dalam kategori kasus hukum atau kasus pelanggaran etik profesi menjadi hal penting guna menentukan pertanggungjawaban yang harus dipikul oleh pelaku. Dalam pandangan etika profesi kedokteran, seorang dokter dianggap melanggar etika profesi kedokteran bila yang bersangkutan tidak mengindahkan etika yang berupa kewajiban- kewajiban kesusilaan dan kesopanan serta kepatutan di dalam melaksanakan tugasnya sebagai seorang dokter sebagaimana diatur dalam beberapa naskah seperti sumpah dokter, kode etik kedokteran Indonesia dan dokumen etik kedokteran Internasional.

Yang menentukan adanya pelanggaran etika kedokteran adalah organisasi profesi dan Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia.

Beberapa contoh kasus etik kedokteran yang sering ditemukan antara lain :

- Tarif pelayanan tinggi dan terlalu berorientasi bisnis.
- Perilaku tidak manusiawi terhadap pasien kurang mampu.

- Penggunaan berlebihan alat canggih kedokteran.

2.1.3 Penyimpangan administrasi/disiplin

Tinjauan administrasi yang berkaitan dengan kasus hukum pelayanan medis di Rumah Sakit biasanya terkait dengan :

- Status Kepegawaian dokter yang bersangkutan.
- Tentang perijinan
- Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Ijin Praktek (SIP)
- Tentang akreditasi
- Tentang kompetensi
- Tentang standar pelayanan.

Dalam hal seorang dokter dianggap telah melakukan kelalaian, maka pertama-tama yang menjadi pertanyaan adalah apakah dokter tersebut secara sah memiliki kewenangan untuk melakukan tindakan medis tertentu yang dibuktikan dengan adanya STR dan SIP. Oleh sebab itu kejelasan status pegawai seorang dokter dan kelengkapan izin praktek dokter dan persyaratan administrasi lainnya menjadi hal penting yang perlu diperhatikan secara seksama dalam pengkajian sengketa medis di Rumah Sakit.

2.2 Aspek komunikasi dan informasi Medical Record

Rekam Medis di dalam praktek kedokteran telah memiliki sejarah dan tradisi yang panjang. Konon, sejak jaman purba, para ahli pengobatan di jaman tersebut telah banyak membuat peninggalan berbagai jenis catatan berupa pahatan, lukisan atau gambar-gambar pada dinding pyramid, tulang belulang, pohon atau daun kering tentang cara bagaimana mereka melakukan pengobatan.

Tradisi untuk membuat catatan mengenai pengobatan tersebut terus berlanjut, dan semakin maju sesuai dengan perkembangan jaman. Pada saat ini catatan mengenai pengobatan tersebut tidak hanya dapat ditulis di atas kertas, tetapi juga telah memanfaatkan kemajuan teknologi, seperti

komputer, microfilm, pita suara dan lain-lain.

Komunikasi dan informasi yang disampaikan oleh seorang dokter kepada pasiennya haruslah tercatat dalam rekam medis pasien.

Rekam Medis menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medik (Medical Record) memiliki pengertian sebagai berkas yang berisikan catatan, dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain pada pasien pada sarana pelayanan kesehatan.

Dalam pasal 13 Permenkes tersebut, disebutkan bahwa rekam medis dapat dipakai sebagai dasar pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien, bahan pembuktian dalam perkara hukum, bahan untuk keperluan penelitian dan pendidikan, dasar pembayaran biaya pelayanan kesehatan, dan bahan untuk menyiapkan statistik kesehatan.

Dari aspek hukum, rekam medis mempunyai beberapa fungsi utama sebagai bahan pembuktian di sidang pengadilan dan sebagai sarana mengembalikan ingatan para pihak yang berperkara. Penggunaan rekam medis sebagai bahan pembuktian di pengadilan dapat dilakukan apabila salah satu pihak, jaksa sebagai penuntut umum atau terdakwa (dokter) atau pengacaranya mengajukan rekam medis sebagai alat bukti, baik sebagai alat bukti surat atau petunjuk, untuk menemukan kebenaran materiil dan memperjelas ada tidaknya kesalahan/kelalaian dokter dalam menjalankan profesinya. Akan tetapi penggunaan rekam medis sebagai bahan pembuktian di pengadilan ini tidak mengikat sifatnya dan masih tergantung penilaian hakim dan alat-alat bukti lainnya.

Mengenai pentingnya membuat rekam medis bagi dokter dalam aspek hukum ini, dikatakan oleh Soerjono Soekanto : “ Di dalam proses hukum, tidak adanya rekam kesehatan akan senantiasa menyudutkan atau merugikan tenaga kesehatan (dokter) dan rumah sakit. Hal ini disebabkan karena apabila tidak ada catatan di dalam rekam kesehatan, maka dianggap bahwa tidak ada bukti dilakukannya suatu pelayanan kesehatan tersebut “

Karena pentingnya rekam medis dalam dunia kedokteran, baik bagi dokter maupun untuk kepentingan pasien, maka kewajiban untuk membuat rekam medis mendapatkan perhatian dari pihak yang berwenang melakukan kontrol terhadap praktek kedokteran. Secara etik, kewajiban membuat rekam medis di Indonesia telah ditetapkan oleh Ikatan Dokter Indonesia (IDI) dalam Surat Keputusan No.315/PB/A.4/88 yang menekankan bahwa praktek profesi kedokteran harus melaksanakan rekam medis. Ketetapan ini tidak saja untuk dokter yang bekerja di rumah sakit, tetapi juga untuk dokter praktek pribadi.

Saat ini, ketentuan mengenai keharusan dokter untuk membuat rekam medik telah diatur di dalam norma hukum yakni Undang-Undang Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran.

2.3 Kompetensi tenaga medis

Kompetensi (menurut Permenkes No.971/tahun 2009 tentang Standar Kompetensi Pejabat Struktural Kesehatan) adalah kemampuan dan karakteristik yang dimiliki oleh seorang berupa pengetahuan, ketrampilan, dan sikap perilaku yang diperlukan pada tugas jabatannya sehingga orang tersebut dapat melaksanakan tugasnya secara profesional, efektif dan efisien.

Undang Undang No 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit pasal 13 dengan jelas mengatur kompetensi tenaga medis :

- a. Tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran di Rumah Sakit wajib memiliki Surat Ijin Praktek sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- b. Tenaga kesehatan tertentu yang bekerja di Rumah Sakit wajib memiliki izin sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- c. Setiap tenaga kesehatan yang bekerja di Rumah Sakit harus bekerja sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan Rumah Sakit, standar prosedur operasional (SOP) yang berlaku, etika profesi, menghormati

hak pasien dan mengutamakan keselamatan pasien.

Undang Undang No 36 tahun 2009 tentang Kesehatan pasal 22 dan 24 dengan jelas juga mengatur kompetensi tenaga kesehatan :

- a. Tenaga Kesehatan harus memiliki kualifikasi minimum
- b. Kewenangan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan dilakukan sesuai dengan bidang keahlian yang dimiliki.
- c. Tenaga kesehatan harus memenuhi ketentuan kode etik, standar profesi, hak pengguna pelayanan kesehatan, standar pelayanan dan standar prosedur operasional.

2.4 Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Sedangkan mutu pelayanan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang di satu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien serta di pihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.

2.5 Persepsi Hubungan Dokter dan Pasien

Menurut Dassen, seperti yang dikutip oleh Soerjono Soekanto, alasan-alasan seseorang untuk pergi menemui dokter adalah sebagai berikut :

- a. Pasien pergi ke dokter karena merasa ada sesuatu yang membahayakan kesehatannya. Segi psikobiologisnya memberikan suatu peringatan bahwa dirinya menderita sakit. Dalam hal ini, dokter dianggap sebagai pribadi yang akan dapat menolongnya karena kemampuannya secara ilmiah. Dokter mempunyai kedudukan yang lebih tinggi dan peranan yang lebih penting daripada pasien (dari sudut pandang pasien)
- b. Pasien pergi ke dokter, karena mengetahui dirinya sakit dan dokter akan mampu untuk menyembuhkannya. Pasien menganggap kedudukannya sama dengan dokter, tetapi peranan dokter lebih penting

darinya.

c. Pasien pergi ke dokter untuk mendapatkan pemeriksaan yang intensif dan mengobati penyakit yang ditemukan. Hal ini mungkin diperintahkan oleh pihak ketiga. Dan unsur preventif yang lebih diutamakan.

Dengan melihat hal tersebut di atas, untuk mengantisipasi sengketa medik yang terjadi maka penting untuk mengetahui latar belakang dan pola hubungan yang terjadi antara dokter dan pasien. Para Dokter dan pasien sesungguhnya terikat di dalam suatu sistem pelayanan kesehatan, yang merupakan bagian dari kehidupan bersama.

J.P.Thiroux, sebagaimana dikutip oleh Lumenta, memberikan tiga pandangan mengenai hubungan yang seharusnya antara dokter dan pasien, yaitu : paternalistic, individualistic, dan reciprocal atau collegial.

Pandangan paternalistic mengemukakan bahwa dokter memiliki peranan layaknya orangtua kepada pasien atau keluarga pasiennya, karena dokter dianggap memiliki pengetahuan yang superior tentang pengobatan, sedangkan pasien tidak boleh campur tangan dalam pengobatan yang ditangani dokter tersebut karena pasien tidak mempunyai kemampuan dan pengetahuan. Pandangan ini beranggapan bahwa pasien harus menerima segala keputusan dan tindakan dokter, pasien harus percaya sepenuhnya kepada dokter.

Kebalikan dari pandangan paternalistic, pandangan individualistic justru beranggapan bahwa seorang pasien mempunyai hak mutlak atas tubuh dan nyawanya sendiri. Menurut pandangan ini, setiap keputusan tentang perawatan dan pengobatan, termasuk mengenai pemberian informasi kesehatannya berada dalam tangan pasien karena sepenuhnya pasien mempunyai hak atas dirinya sendiri.

Pandangan yang ketiga, yaitu reciprocal atau collegial beranggapan bahwa pasien dan keluarganya merupakan anggota inti dalam kelompok, sedangkan dokter dan para tenaga kesehatan lainnya bekerjasama untuk melakukan yang terbaik bagi pasien dan keluarganya.

Veronica Komalawati, mengutip pendapat Solis, seorang Guru Besar dalam bidang hukum kesehatan dan kedokteran dari Philipina, memberikan tiga pola hubungan antara Dokter dan Pasien, yaitu :

a. Activity-Passivity Relation, merupakan hubungan yang bersifat sepihak. Artinya tidak ada interaksi dua arah antara dokter dan pasien. Yang berperan di sini semata-mata hanya dokter, sedangkan pasien tidak mempunyai peranan. Hubungan seperti ini dapat terjadi ketika pasien berada dalam keadaan gawat darurat (emergency), dimana pasien tidak sadar dan pasien menyerahkan hidupnya seratus persen pada inisiatif dan penanganan dokter.

b. Guidance-Cooperation Relation, dapat dianalogikan seperti pola hubungan orang tua (dokter) dan anak-anak (pasien). Orang tua (dokter) memberi nasihat dan membimbing, sedangkan si anak (pasien) menuruti nasihat dan bimbingan orang tua tersebut. Kemungkinan dilakukan penyalahgunaan situasi atau keadaan oleh pihak yang lebih berkuasa.

c. Mutual Participation Relation, dapat dianalogikan sebagai hubungan antara sesama orang dewasa. Kedua pihak baik dokter maupun pasien dianggap memiliki hak dan martabat yang sama. Dalam pola hubungan seperti ini, kedua pihak saling bergantung dan saling membutuhkan, lebih terbuka satu sama lain, sehingga memiliki kekuasaan yang sama.

2.6 Persepsi Malpraktek

Penyidik di Institusi Kepolisian memiliki persepsi yang hampir seragam mengenai perbuatan yang dikategorikan sebagai malpraktek. Secara umum Malpraktek adalah tindakan seorang dokter yang melakukan kesalahan di dalam pekerjaannya sebagai dokter, sehingga menyebabkan pasiennya meninggal dunia atau luka berat. Penyidik memasukkan perbuatan malpraktek kedokteran ini ke dalam delik kelalaian yang menyebabkan orang lain mati atau luka berat, seperti yang tercantum di dalam pasal 359,360 dan 361 KUHP.

Sedangkan LBH Kesehatan menganggap malpraktik dokter yang dapat dikenai tuntutan pidana adalah segala sesuatu kerugian dan penderitaan pasien mulai dari meja administrasi, ketika pertama kali akan memeriksakan diri di dokter atau rumah sakit, sampai selesainya proses pengobatan atau penanganan medik dari dokter atau rumah sakit tersebut. Bahkan perbuatan tidak menyenangkan dan pembiaran terhadap pasien yang dilakukan oleh dokter atau rumah sakit juga dikategorikan sebagai malpraktek.

Black 's Law Dictionary mendefinisikan malpraktek sebagai perbuatan jahat dari seorang ahli, kekurangan dalam ketrampilan yang di bawah standar, atau tidak cermatnya seorang ahli dalam menjalankan kewajibannya secara hukum, praktek yang jelek atau illegal atau perbuatan yang tidak bermoral.

.World Medical Association (WMA) pada tahun 1992 mendefinisikan medical malpractice involves the physician's failure to conform to the standard of care for treatment of the patient's condition, or lack of skill, or negligence in providing care to the patient, which is the direct cause of an injury to the patient.

Kelalaian medik adalah bentuk malpraktek medis yang paling sering terjadi. Pada dasarnya kelalaian terjadi apabila seseorang dengan tidak sengaja, melakukan sesuatu (komisi) yang seharusnya tidak dilakukan atau tidak melakukan sesuatu (omisi) yang seharusnya dilakukan oleh orang lain yang memiliki kualifikasi yang sama pada suatu keadaan atau situasi yang sama.

2.7 Perjanjian terapeutik

Perjanjian terapeutik atau transaksi terapeutik adalah perjanjian antara dokter dengan pasien yang memberikan kewenangan kepada dokter untuk melakukan kegiatan memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien berdasarkan keahlian dan ketrampilan yang dimiliki oleh dokter tersebut. Dalam transaksi terapeutik, pihak penerima pelayanan medik dapat meliputi berbagai macam golongan umur dan berbagai jenis

pasien, yang terdiri dari yang cakap bertindak maupun yang tidak cakap bertindak. Hal ini harus disadari oleh dokter sebagai salah satu pihak yang mengikatkan dirinya dalam transaksi terapeutik, agar tidak menimbulkan masalah di kemudian hari.

Perjanjian terapeutik termasuk dalam *inspanningverbintenis* atau perjanjian upaya, karena dokter tidak mungkin menjanjikan kesembuhan kepada pasien. Yang dilakukan dokter adalah melakukan pelayanan kesehatan sebagai upaya untuk menyembuhkan pasien. Dan upaya tersebut harus dilakukan dengan penuh kesungguhan, dengan mengerahkan seluruh kemampuan dan ketrampilan yang dimilikinya dengan berpedoman pada standar profesi.

Menurut D. Veronika Komalawati, oleh karena transaksi terapeutik merupakan hubungan hukum antara dokter dan pasien, maka dalam transaksi terapeutik pun berlaku asas hukum yang mendasari, yaitu :

- a. Asas legalitas, setiap dokter atau dokter gigi harus memiliki STR (Surat Tanda Registrasi) dan SIP (Surat Ijin Praktek).
- b. Asas keseimbangan, menurut asas ini penyelenggaraan pelayanan kesehatan harus diselenggarakan secara seimbang antara kepentingan individu dan masyarakat. Di dalam pelayanan medik, dapat juga diartikan sebagai keseimbangan antara sarana dan hasil, antara manfaat dan resiko.
- c. Asas tepat waktu, asas ini perlu diperhatikan dengan seksama karena hukum tidak bisa menerima alasan apapun dalam hal keselamatan nyawa pasien yang terkait dengan ketepatan waktu.
- d. Asas itikad baik, penerapan asas ini akan tercermin dengan penghormatan terhadap hak pasien dan pelaksanaan praktek kedokteran yang selalu berpegang teguh kepada standar profesinya.
- e. Asas kejujuran, penyampaian informasi yang benar dan baik oleh pasien maupun dokter dalam berkomunikasi.
- f. Asas kehati-hatian, tindakan dokter harus didasarkan atas ketelitian

dalam menjalankan fungsi dan tanggungjawabnya.

- g. Asas keterbukaan, pelayanan medik yang berdaya guna dan berhasil guna hanya dapat dicapai apabila ada keterbukaan dan kerjasama yang baik antara dokter dan pasien dengan berlandaskan sikap saling percaya.

2.8 Tanggung Jawab Kesehatan Di Dalam Rumah Sakit

Menurut doktrin kesehatan, yaitu :

- a. Personal Liability

Adalah tanggung jawab yang melekat pada individu seseorang. Artinya, siapa yang berbuat dialah yang bertanggungjawab.

- b. Strict Liability

Adalah tanggung jawab yang sering disebut sebagai tanggungjawab tanpa kesalahan (liability without fault). Seseorang harus bertanggungjawab meskipun tidak melakukan kesalahan apa-apa, baik yang bersifat sengaja (intentional), keanggungan (tactlessness), ataupun kelalaian (negligence).

Contohnya di negara-negara common law, produk darah dikategorikan sebagai produk gold (article of commerce) sehingga produsen yang mengolah darah harus bertanggung jawab untuk setiap transfusi darah olahan yang menularkan virus hepatitis atau HIV.

- c. Vicarious Liability

Adalah tanggung jawab yang timbul akibat kesalahan yang dibuat oleh bawahannya (subordinate). Dalam kaitannya dengan pelayanan medis, maka Rumah Sakit (employer) dapat bertanggung jawab atas kesalahan yang dibuat oleh tenaga kesehatan yang bekerja dalam kedudukan sebagai subordinate (employee)

- d. Respondent Liability

Adalah tanggungjawab renteng. Sebagai contoh, sebuah Rumah Sakit dapat menjadi subjek tanggung jawab renteng tergantung dari pola hubungan kerja antar tenaga kesehatan dengan rumah sakit, yang mana pola hubungan tersebut juga akan menentukan hubungan terapeutik dengan pihak pasien yang berobat di rumah sakit.

Pola hubungan antara health care provider dan health care receiver dapat dirinci sebagai berikut:

- Hubungan pasien dan rumah sakit

Hubungan seperti ini terjadi jika pasien sudah dewasa dan sehat akal, sedangkan rumah sakit hanya memiliki dokter yang bekerja sebagai employee. Para pihaknya adalah pasien dan rumah sakit, sementara dokter hanya berfungsi sebagai employee (subordinate dari rumah sakit) yang bertugas melaksanakan kewajiban rumah sakit. Hubungan hukum seperti ini biasa terjadi di sarana kesehatan milik pemerintah yang mana dokter digaji secara tetap dan penuh, tidak didasarkan atas pasien yang telah ditangani ataupun kuantitas dan kualitas tindakan medis yang dilakukan dokter.

- Hubungan penanggung pasien dan rumah sakit

Pola hubungan ini terjadi jika pasien masih anak-anak atau tidak sehat akal sehingga menurut hukum perdata tidak dapat melakukan perbuatan hukum. Para pihaknya adalah penanggung pasien (orang tua atau wali) dan rumah sakit.

- Hubungan pasien dari dokter

Pola ini terjadi jika pasien sudah dewasa dan sehat akal (berkompeten), dirawat di rumah sakit dimana dokter yang bekerja bukan sebagai employee melainkan sebagai mitra (attending physician). Para pihak adalah pasien dan dokter, sementara posisi rumah sakit hanyalah sebagai tempat yang menyediakan fasilitas. Pola ini banyak dianut oleh rumah sakit swasta dimana dokter mendapat penghasilan berdasarkan perhitungan pasien serta kuantitas dan kualitas tindakan medis yang

dilakukan. Hubungan ini menempatkan kedudukan dokter sama derajatnya dengan rumah sakit. Masing-masing dari pola hubungan tersebut akan menentukan sejauh mana rumah sakit atau dokter bertanggung jawab secara sendiri-sendiri atau tanggung renteng.

e. Corporate Liability

Adalah tanggung jawab yang berada pada pemerintah, dalam hal ini kesehatan menjadi tanggung jawab Menteri Kesehatan. Misalnya : lambatnya penanganan kasus flu burung di suatu daerah karena kurang tersedianya obat, vaksin dan rendahnya sumber daya manusia yang tersedia merupakan tanggung jawab pemerintah.

f. Rep Ipso Liquitor Liability

Tanggung jawab yang diakibatkan karena perbuatan yang melebihi wewenang. Misalnya seorang dokter umum melakukan tindakan seolah-olah sebagai dokter spesialis, padahal ada dokter spesialisnya.

Penggolongan beberapa jenis tanggungjawab terhadap profesi kesehatan di dalam rumah sakit akan memudahkan penyelesaian masalah apabila terjadi sengketa medis di rumah sakit, sehingga dapat terhindar dari konflik medik dan konflik hukum yang bercampur aduk secara tidak proporsional dan membuat persoalan menjadi melebar dan terjadi konfrontasi para pihak yang berakibat merugikan tenaga profesi kesehatan, rumah sakit dan masyarakat.

2.9 Prosedur Penanganan Sengketa Medis Di RS Harapan Bunda Batam

2.9.1 Langkah Penanganan

Langkah penanganan kasus hukum pelayanan medis /sengketa medis adalah sebagai berikut:

2.9.3.1 Menerima keluhan/komplain

Keluhan/ informasi diterima oleh satu unit kerja yang ditunjuk oleh Direksi (Customer Service/ Humas) dari :

- a. Media massa
- b. Kotak saran
- c. Laporan Dokter/ Staf RS
- d. Laporan/ keluhan pasien
- e. Somasi pasien/ Kuasa hukum
- f. Laporan LSM

2.9.3.2 Mengelola keluhan

Unit kerja yang ditunjuk melakukan hal-hal sebagai berikut:

- a. Mencatat dan mengkaji informasi
 - Identitas dan kondisi pasien
 - Peristiwa
 - Tuntutan pasien
- b. Menanggapi keluhan
 - Mengucapkan terima kasih atas laporan
 - Memberikan penjelasan sementara
 - Menjamin keluhan akan ditindaklanjuti
 - Menenangkan pelapor
 - Memberikan tanda terima laporan
- c. Melaporkan ke Direksi RS
 - Mengisi formulir sesuai keluhan
 - Memberi pertimbangan
 - Meminta pengarahannya tindak lanjut
- d. Menindaklanjuti instruksi Direksi

2.9.3.3 Investigasi kasus

- a. Membahas kebenaran informasi tentang :

- Identitas pasien
 - Peristiwa
 - Rekam Medis
- b. Penataan dokumen yang meliputi:
- Dokumen Informasi
 - Berkas Rekam Medik (medical record)
 - Dokumen persetujuan tindakan medis
 - Dokumen persetujuan tindakan medis tertentu (operasi)
 - -Second opinion
 - Resume Medis
 - Pendapat Organisasi Profesi
 - Keputusan MKEK / MKDKI
 - Juklak, Juknis dan SOP Pelayanan
- c. Rapat dengan bagian terkait
- d. Rapat Komite Medis dan Peer Group internal & Medicolegal advicer
- Pertimbangan aspek medis
 - Pertimbangan aspek manajemen
 - Pertimbangan aspek medicolegal
- e. Pendapat Komite Etik Rumah Sakit (KERS)

2.9.3.4 Analisis kasus

- a. Hasil rapat koordinasi menentukan atau memilih kategori kasus dan selanjutnya menugaskan unit terkait untuk menindaklanjuti :
- Kasus etik ditangani KERS
 - Kasus administrasi ditangani Bagian SDM
 - Kasus hukum ditangani bagian/bidang hukum

- Kasus gabungan ditangani bagian/bidang hukum

b. Telaah kasus

Masing-masing unit di atas menyusun telaah kasus. Di dalam menelaah kasus hal-hal yang perlu diperhatikan :

- Kebenaran identitas pasien
 - Kebenaran peristiwa
 - Barang bukti
 - Pertimbangan prosedur tindak lanjut
- c. Masing-masing unit dimaksud melaporkan hasil telaahan disertai rekomendasi kepada manajemen.

2.9.3.5 Tindak lanjut penanganan kasus

a. Pendalaman kasus

- Pendapat manajemen Rumah Sakit
- Pendapat Komite Medik
- Pendapat asuransi liability (corporate & professional)
- Pendapat konsultan hukum

b. Penyimpulan kasus posisi ditinjau dari:

- Kewenangan dan kompetensi
- Indikasi dan kontra indikasi
- Persetujuan tindakan medik / informed consent
- Kesesuaian tindakan dengan SPM dan SOP
- Kerugian/ cedera dan sebab akibatnya
- Hukum dan Perundang-undangan.

c. Putusan manajemen tentang pilihan penyelesaian kasus :

- Apabila dari hasil pendalaman disimpulkan bahwa secara hukum posisi rumah sakit / staf cukup kuat maka penyelesaian yang dipilih adalah *litigasi*. Terhadap tuntutan ganti rugi yang lebih kecil daripada prediksi biaya penyelesaian dapat dipertimbangkan penyelesaian non litigasi.
- Apabila dari hasil pendalaman disimpulkan bahwa secara hukum posisi rumah saki/ staf tidak cukup kuat maka penyelesaian yang dipilih adalah *non litigasi* (negosiasi, mediasi, konsiliasi).

2.9.3.6 Penyelesaian kasus

Dalam hal penyelesaian kasus melalui litigasi maka hal-hal yang perlu dilakukan adalah :

- a. Menunjuk kuasa hukum/ penasehat hukum
- b. Menunjuk staf bidang/ bagian hukum sebagai mitra kerja

Dalam hal penyelesaian kasus non litigasi ditempuh :

- a. Pihak Rumah Sakit (manajemen) mengundang pihak pengadu untuk membicarakan kasus secara damai (negosiasi). Dipertemukannya pihak pengadu dan teradu agar dipertimbangkan terlebih dahulu secara matang.
- b. Bila upaya negosiasi tidak berhasil maka ditunjuk salah satu orang /badan yang disepakati bersama dan mampu bertindak sebagai mediator dalam menyelesaikan kasus.
- c. Hasil perdamaian melalui negosiasi dan mediasi dituangkan dalam suatu perjanjian yang sah secara hukum, bila perlu dikuatkan oleh Notaris atau didaftarkan kepada Panitera Pengadilan Negeri.

2.9.3.7 Dokumentasi kasus

- a. Seluruh dokumen yang terkait dengan kasus ditata dan diklarifikasi dengan pengkodean khusus.
- b. Dokumen disimpan di Direksi/Wakil Direksi Pelayanan Medik sampai kasus dianggap selesai.
- c. Bila kasus telah selesai, dokumen dapat dikembalikan ke masing-masing

bagian yang menangani dokumen.

2.9.3.8 Penyelesaian tuntutan hukum

- a. Diselesaikan dengan proses Perdata, Pidana atau Tata Usaha Negara
- b. Tuntutan harus dianalisa terlebih dahulu.

2.9.2 Pemilahan dan pendalaman kasus

2.9.2.1 Pemilahan kasus gugatan medis

Apakah kasus tersebut termasuk dalam kategori kasus hukum,etika,administrasi/disiplin atau gabungan di antara ketiga-tiganya.

2.9.2.2 Pendalaman kasus hukum pelayanan medis

Pendalaman kasus hukum pelayanan medis diperlukan untuk menentukan langkah-langkah penanganan yang harus dilakukan agar kasus tersebut dapat diselesaikan secara proporsional. Untuk kasus hukum pelayanan medis yang berkaitan dengan etik profesi kedokteran, segera dikomunikasikan dengan profesi terkait yang ada di lingkungan internal Rumah Sakit untuk pertanganan lebih lanjut sesuai ketentuan Kode etik kedokteran.

Untuk kasus hukum pelayanan medis yang berimplikasi hukum, maka bagian hukum/ bidang hukum dan Komite Medik perlu melakukan langkah-langkah sebagai berikut:

- a. Memanggil Dokter terkait untuk didengar penjelasannya.
- b. Membahas kembali bukti-bukti yang ada dan mencocokkan bukti-bukti tersebut.
- c. Melakukan kajian terhadap bukti-bukti tersebut.
- d. Bila dianggap perlu dapat meminta pendapat ahli untuk lebih memperjelas hal-hal yang berkaitan dengan kasus tersebut.
- e. Menyusun laporan pendalaman kasus medis dari segi hukum yang meliputi:
 - Kronologis kejadian

- Pihak-pihak yang terkait dalam penanganan pasien (dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya).
- Bukti-bukti tertulis
- Keterangan-keterangan saksi
- Kesimpulan dan saran.

2.9.3 Pengamanan Bukti Dan Informasi

Setiap ada dugaan kasus medis, semua dokumen yang terkait segera diamankan melalui pengklasifikasian, kodefikasi, dan penyimpanan bersifat rahasia oleh Direktur atau pejabat yang ditunjuk, sampai dengan kasus dianggap selesai. Sedangkan pemberian informasi yang berkaitan dengan penanganan kasus hanya boleh diberikan oleh Direktur atau pejabat yang ditunjuk.

2.9.3.1 Penataan Dokumen

Seluruh kegiatan tentang proses penanganan kasus hukum pelayanan medis harus dilakukan pencatatan secara tertib, teratur dan didokumentasikan dengan aman dan baik, hal ini dimaksudkan agar disamping sebagai alat bukti atas kasus yang ditangani juga bertujuan untuk perbaikan dan peningkatan kualitas pelayanan.

2.9.3.2 Penyimpanan Dokumen

Semua dokumen yang terkait dalam proses penyelesaian disimpan dan diamankan oleh Direksi yang bertanggung jawab terhadap pelayanan medik.

2.9.3.3 Pengungkapan Isi Dokumen

Pengungkapan isi dokumen hanya dapat dilakukan oleh Direktur atau pejabat yang terkait sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Bila kasus tersebut menyangkut hubungan antara dokter dengan pasien dan terkait dengan rahasia kedokteran maka pengungkapan isi dokumen hanya dilakukan seijin pasien atau atas perintah pengadilan demi kepentingan hukum. Bila kasus tersebut tidak terkait dengan rahasia kedokteran maka sepenuhnya tergantung Direktur Rumah Sakit dengan memperhatikan etika dan moral dalam pelayanan kesehatan.

2.10 Komunikasi

Komunikasi adalah cara seseorang untuk menyampaikan dan menerima informasi dari orang lain. Komunikasi antara pasien dan dokter harus berlangsung dalam kedudukan yang setara. Hal ini diperlukan agar pasien dapat menceritakan semua keluhan penyakitnya secara jujur dan jelas. Dokterpun wajib melakukan komunikasi dengan pasien dengan menggunakan bahasa-bahasa awam sehingga lebih mudah dipahami oleh pasien.

BAB 3

GAMBARAN UMUM RS HARAPAN BUNDA BATAM

RS. Harapan Bunda mulai beroperasi pada tanggal 05 Juni 1986 dengan surat izin no. YM 02.04.3.10804 yang dikeluarkan oleh Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Dalam perjalanannya RS. Harapan Bunda Batam merupakan RS. swasta yang pertama di Batam dan mempunyai jaringan kerjasama dengan Institusi Pelayanan Kesehatan di dalam negeri maupun di luar negeri.

RS. Harapan Bunda Batam mempunyai tenaga medis dan Dokter yang telah mempunyai cukup pengalaman baik Dokter Umum, Dokter Gigi maupun Dokter Spesialis.

Untuk mendukung operasional dan mencapai pelayanan yang paripurna maka RS. Harapan Bunda mendirikan beberapa klinik satelit yaitu :

- BP-RB " BUNDA " di Baloi Kusuma
- BP-RB "ASIH" di Tiban

RS. Harapan Bunda mempunyai Visi, Misi dan Motto sebagai berikut:

3.1 Visi

Menjadikan RS Harapan Bunda sebagai Rumah Sakit dengan pelayanan terbaik se Propinsi Kepulauan Riau pada tahun 2017

3.2. Misi

3.2.1 Mencapai "Trisukses Rumah Sakit Harapan Bunda " yaitu :

3.2.1.1 Sukses Pasien

Pasien bisa segera kembali sehat dan pasien beserta keluarga puas akan pelayanan secara kekeluargaan yang telah diberikan.

3.2.1.2 Sukses Sumber Daya Manusia (SDM)

Seluruh SDM mulai dari dokter, apoteker, paramedis dan karyawan non medis semuanya merasa puas bekerja di RSHB.

3.2.1.3 Sukses Yayasan

Yayasan Harapan Bunda sebagai pemilik RS. Harapan Bunda selain melaksanakan misi sosial juga bisa mendapatkan "keuntungan" yang akan dipergunakan untuk pengembangan Rumah Sakit maupun program lainnya.

3.2.2 Menyelenggarakan layanan kesehatan paripurna yang bermutu tinggi dan terjangkau oleh masyarakat.

3.2.3 Membuat program - program yang memudahkan atau meringankan masyarakat dalam mendapatkan layanan kesehatan secara lengkap.

3.3 Motto

" KESEHATAN DAN KEPUASAN ANDA ADALAH TUJUAN KAMI "

3.4 Fasilitas Pelayanan

Sampai saat ini RS. Harapan Bunda mempunyai fasilitas pelayanan sebagai berikut:

3.4.1 Pelayanan Non Stop 24 jam,

- a. Pelayanan Gawat Darurat
- b. Pelayanan Spesialistik
- c. Ambulance
- d. Apotik
- e. Laboratorium
- f. Rontgen

3.4.2 Pelayanan Medis Umum

- a. Poli Klinik Umum
- b. Poli Klinik Gigi

3.4.3 Pelayanan Medis Spesialistik

- a. Spesialis Obstetri & Gynekologi
- b. Spesialis Anak
- c. Spesialis Bedah :
 - Bedah Umum
 - Bedah Syaraf
 - Bedah Tulang
 - Bedah Mulut
 - Bedah Urologi
- d. Spesialis Penyakit Dalam
- e. Spesialis Jantung
- f. Spesialis Paru
- g. Spesialis Mata
- h. Spesialis THT
- i. Spesialis Kulit & Kelamin
- j. Spesialis Syaraf
- k. Spesialis Anastesi
- l. Spesialis Radiologi
- m. Fisiotherapis

3.4.4 Kapasitas Tempat Tidur

RS. Harapan Bunda mempunyai kapasitas 98 (Sembilan Puluh Delapan) tempat tidur, dengan jenis kamar perawatan sebagai berikut:

- a. VIP Khusus A : 1 tempat tidur
- b. VIP Khusus B : 1 tempat tidur
- c. VIP : 5 tempat tidur

- d. Kelas I : 7 tempat tidur
- e. Kelas II : 27 tempat tidur
- f. Kelas III : 55 tempat tidur
- g. ICU : 2 tempat tidur

3.4.5 Fasilitas Penunjang Medis

RS. Harapan Bunda Batam mempunyai fasilitas pemeriksaan penunjang medis sebagai berikut:

- a. Laboratorium
- b. Rontgen
- c. USG
- d. EKG
- e. CTG
- f. Kamar Operasi
- g. Pelayanan Gizi

3.4.6 Program-Program RS Harapan Bunda

Untuk menjangkau pelayanan kepada pasien telah dibuat program - program, seperti berikut:

- a. Paket partus normal oleh bidan
- b. Paket partus normal oleh dokter spesialis kebidanan dan kandungan
- c. Paket Operasi Sectio oleh dokter Spesialis Kebidanan dan Kandungan
- d. Paket ODC (One Day Care) untuk operasi bedah mulut yang ditangani dokter spesialis bedah mulut.
- e. Paket Medical Check Up
- f. Pelayanan langsung ke hotel - hotel yang memerlukan dokter/pelayanan kesehatan.
- g. Kerjasama dengan RS di luar negeri, yaitu:

- RS Mahkota Medical Centre di Melaka (Malaysia)
- RS Johor Specialist Hospital di Johor (Malaysia)

3.5 Status Akreditasi:

Akreditasi Tingkat Dasar, sesuai Sertifikat Akreditasi Rumah Sakit yang ditetapkan oleh Direktur Jenderal Pelayanan Medik No : HK.00.06.3.5.1872 tanggal 26 April 2005 untuk 5 Pelayanan, yaitu :

- a. Administrasi dan Manajemen
- b. Pelayanan Medik
- c. Pelayanan Gawat Darurat
- d. Pelayanan Keperawatan
- e. Rekam Medik

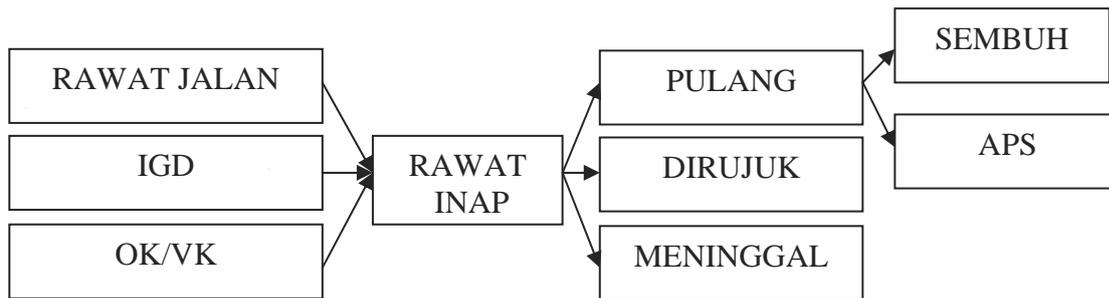
3.6 Instalasi Rawat Inap RS Harapan Bunda

Komplain pelayanan pasien yang cenderung menjadi sengketa medis terbanyak terjadi di Instalasi Rawat Inap. Hal tersebut disebabkan adanya interaksi yang cukup lama yang terjadi antara pasien dengan petugas Rumah Sakit, seperti Dokter, paramedis maupun petugas lainnya.

Jumlah paramedis di Instalasi Rawat Inap terdiri dari 1 perawat (Sarjana Keperawatan), 83 perawat (Akademi Keperawatan), 15 perawat (SPK), 2 perawat (SPRG) dan 11 bidan (Akademi Kebidanan)

3.6.1 Alur Proses

Diagram 1. Alur proses pasien di Instalasi Rawat Inap RSHB



Sebelum pasien dirawat inap, dokumen yang wajib dilengkapi yaitu :

- a. Form persetujuan Rawat Inap
- b. Rekam Medik pasien
- c. Inform Consent
- d. Form persetujuan tindakan medis/ operasi (apabila ada tindakan medis/operasi)

3.6.2 Indikator-Indikator Rawat Inap

Gambaran kinerja Rumah Sakit dapat dinilai berdasarkan indikator-indikator rawat inap. Indikator-indikator tersebut dapat berupa BOR, ALOS, TOI, GDR, ataupun NDR. Berikut adalah gambaran trend indikator rawat inap di RS Harapan Bunda Batam.

Tabel 1. Indikator-indikator Rawat Inap

INDIKATOR	TAHUN			RATA-RATA
	2007	2008	2009	
BOR (%)	63,45	56,75	65,37	61,85
ALOS	3,7	3,2	3,5	3,46
TOI (HARI)	2,84	3,76	2,58	3,06
GDR (%)	3,5	3,1	3,7	3,43
NDR(%)	2,1	2,2	2,1	2,13

- a. BOR (Bed Occupancy Rate) adalah persentase pemakaian tempat tidur pada satu satuan waktu tertentu yakni indikator yang memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit dengan nilai

parameter ideal yaitu 75 % - 80 %

- b. ALOS (Average Length Of Stay) adalah rata-rata lama dirawat seorang pasien. Indikator ini disamping memberikan gambaran efisiensi juga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan. Nilai ideal ALOS adalah 4-5 hari.
- c. TOI (Turn Over Interval) adalah rata-rata hari dimana tempat tidur tidak digunakan/ ditempati, dihitung dari hari terisi terakhir ke hari terisi berikutnya. Indikator ini dapat memberikan gambaran efisiensi penggunaan tempat tidur dimana tempat tidur kosong yang ideal antara 1-3 hari.
- d. GDR (Gross Death Rate) adalah angka kematian umum untuk setiap 1000 penderita keluar. Nilai yang masih dapat ditoleransi tidak lebih dari 45 per 1000 pasien keluar atau sama dengan 4,5 persen.
- e. NDR (Nett Death Rate) adalah angka kematian kurang dari 48 jam setelah dirawat untuk setiap 1000 pasien keluar. Nilai NDR yang masih dianggap toleransi adalah kurang dari 25 per 1000 pasien keluar.

Selain indikator di atas untuk mendeteksi kasus-kasus yang Nearmiss (nyaris terjadi) dipakai indikator indeks kepuasan pasien, dengan memberikan kuesioner yang diisi oleh pasien yang menjalani rawat inap.

3.6.3 Prosedur Penerimaan Pasien di Instalasi Rawat Inap

Prosedur penerimaan pasien di Instalasi Rawat Inap :

- a. Setelah mendapatkan penjelasan dari Dokter, pasien/keluarga pasien menyetujui untuk di rawat inap dengan menandatangani form persetujuan rawat inap yang telah disediakan.
- b. Setelah dijelaskan mengenai fasilitas kamar perawatan, pasien/keluarga pasien memilih kelas kamar perawatan sesuai dengan kemampuannya. Untuk pasien dari perusahaan langganan, kelas kamar perawatan sesuai dengan peraturan dari perusahaan langganan tersebut.
- c. Khusus pasien dengan penyakit menular, harus dirawat di ruang isolasi sesuai dengan advis dokter.

d. Rekam Medik pasien diisi dengan lengkap, meliputi:

Identitas pasien (nama lengkap, jenis kelamin, umur, pendidikan, pekerjaan, alamat, dan nomor telepon). Form persetujuan rawat inap dan form persetujuan tindakan medis (bila akan dilakukan tindakan medis). Untuk Form persetujuan tindakan medis ditandatangani di atas materai dan ada tanda tangan saksi yang berasal dari RS dan dari keluarga pasien.

e. Catatan Perjalanan Penyakit yang diisi oleh dokter-dokter yang merawat, minimal satu kali dalam sehari dilakukan setelah visit Dokter ke ruangan pasien.

f. Catatan Prosedur Keperawatan yang diisi oleh paramedis selengkap-lengkapny.

g. Resume pasien yang diisi setelah pasien diperkenankan pulang (dengan kondisi membaik/sembuh, atau karena pulang atas permintaan sendiri) atau meninggal dunia.

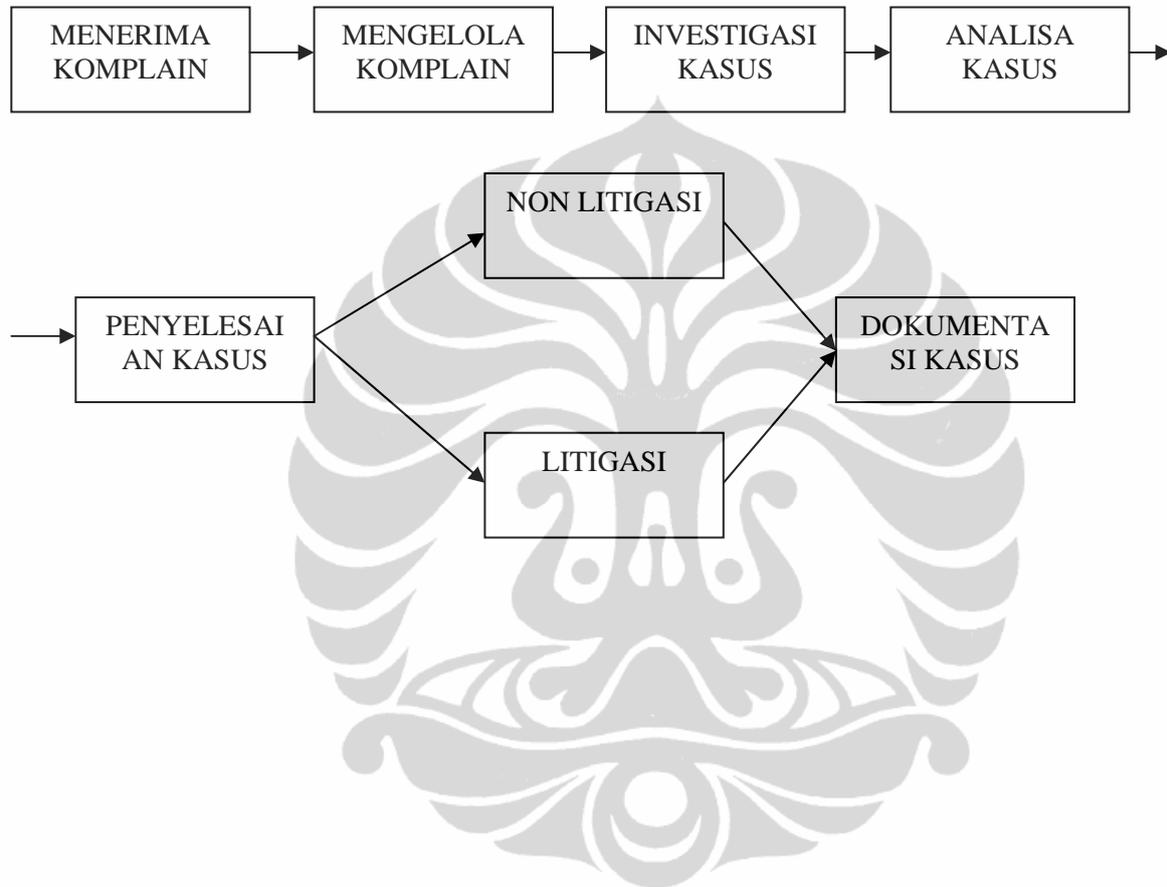
h. Surat-surat lainnya, seperti Surat Keterangan Dirawat, Surat Kontrol, dll

i. Prosedur penanganan pasien oleh Dokter mengikuti SOP (Standar Operasional Prosedur) yang telah ditetapkan, dan Asuhan Keperawatan dilakukan sesuai dengan Standar Asuhan Keperawatan yang telah ditetapkan.

j. Prosedur penanganan komplain pasien belum dilaksanakan secara maksimal sehingga permasalahan komplain pasien cenderung dapat berkelanjutan menjadi sengketa medis. Dari Agustus tahun 2002 s/d Juli tahun 2010 telah didapati 6 (enam) kasus sengketa medis yang awalnya berasal dari penanganan komplain yang kurang optimal.

3.7 Alur Proses Pengelolaan Komplain di RSHB

Diagram 2. Alur proses pengelolaan komplain di RSHB



BAB 4

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

4.1 Kerangka Konsep

4.1.1 Pasien

Konflik etikolegal dan sengketa medis di Rumah Sakit , faktor utamanya disebabkan pasien dan atau keluarga pasien tidak puas dan kecewa, karena tidak terpenuhinya harapan yang dibayangkan dengan pelayanan yang diterima.

Reaksi pasien dan atau keluarga pasien bila terjadi ketidakpuasan dibagi atas 2 kategori, yaitu :

- a. Tidak mengambil tindakan
- b. Mengambil tindakan, biasanya yang dilakukan :
 - Melakukan private action (Berhenti berhubungan dengan RS dan memperingatkan rekan/keluarga)
 - Melakukan direct action (Komplain ke Dokter yang merawat dan atau menuntut ganti rugi kepada dokter/RS)
 - Melakukan public action (Komplain ke Direktur RS dan menempuh jalur hukum) yang berlanjut dengan gugatan medis terhadap RS.

Reaksi yang ditempuh oleh pasien tersebut sangat dipengaruhi oleh persepsi pasien terhadap kasus atau permasalahan yang sedang dihadapinya, dan hal tersebut sangat dipengaruhi oleh variable-variabel internal dari pasien tersebut.

Variabel-variabel yang pengaruhnya besar yaitu : status sosial ekonomi pasien (pendidikan, status ekonomi) dan status sosial budaya pasien (suku bangsa)

4.1.2 Dokter

Dokter memegang peranan yang sangat vital dalam memberikan pelayanan Medis di Rumah Sakit. Peran Dokter tersebut berdampak signifikan terhadap psikis, fisik, mental, emosional dan spiritual pasien. Dalam menjalankan profesinya, Dokter dituntut untuk selalu bersikap dan bertindak secara professional. Acuan teknis untuk menjalankan profesinya adalah SOP (Standard Operational Procedure) yang telah disesuaikan dengan lingkungan tempat kerjanya. Dan disamping itu, Dokter juga wajib membina komunikasi yang harmonis dengan pasien dan atau keluarga pasien. Komunikasi yang terjalin antara Dokter dan pasien harus diletakkan dalam pola hubungan dokter pasien secara Mutual Participation Relation. Dalam pola hubungan seperti ini kedua belah pihak saling bergantung dan saling membutuhkan, sehingga terjalin komunikasi yang setara dan terbuka antara satu dengan yang lainnya. Selain kedua faktor di atas, kompetensi dokter juga sangat penting. Masalahnya tidak gampang untuk mengukur kompetensi seorang dokter. Secara administratif kompetensi dokter dapat dilihat dari Ijasah dokter, STR (Surat Tanda Registrasi) dan SIP (Surat Ijin Praktek) yang dimilikinya. Tetapi dari praktek kesehariannya sangat sulit untuk mengukur kompetensi nyata dari seorang dokter. Organisasi Profesi, seperti IDI (Ikatan Dokter Indonesia) maupun organisasi profesi dokter spesialis belum dapat merumuskan kompetensi tersebut secara lebih detail dan terbuka.

Neufeld merumuskan syarat kompetensi professional adalah sbb :

- a. Knowledge
- b. Interpersonal Skill
- c. Clinical Judgement
- d. Technical Skill
- e. Professional Habit

4.1.3 Pihak ke tiga

Masih belum adanya kesamaan persepsi antara Dokter dan Pasien mengenai pola hubungan Dokter-Pasien, malpraktek, perjanjian terapeutik, dan tanggung jawab kesehatan di dalam rumah sakit mengakibatkan pihak ke tiga memanfaatkan situasi tersebut untuk tujuan-tujuan tertentu. Kasus gugatan medis yang ditujukan kepada pihak Dokter atau Rumah Sakit memang tidak semuanya berasal dari inisiatif pasien ataupun keluarga pasien, bahkan beberapa gugatan medis yang terjadi, campur tangan pihak ke tiga sangat berperan terhadap gugatan medis yang diajukan oleh pasien tersebut. Pihak ke tiga tersebut biasanya berasal dari kalangan pengacara, LSM(Lembaga Swadaya Masyarakat) maupun dari media.

4.1.4 Manajemen RS

Peran manajemen RS juga sangat penting dalam terjadinya kasus sengketa medis. Dalam melakukan kegiatannya, para Dokter di RS harus mengikuti SOP (Standar Operating Procedure) yang telah disahkan oleh manajemen RS. Jadi kelengkapan SOP yang dimiliki oleh sebuah RS adalah tanggung jawab dari manajemen RS tersebut. Selain itu kelengkapan peralatan medis yang tersedia, dan siap pakainya peralatan tersebut sesuai standar yang telah ditetapkan juga menjadi tanggung jawab dari manajemen RS tersebut.

4.2 Variabel dan Definisi Operasional Variabel

4.2.1 Pasien

4.2.1.1 Sosial ekonomi pasien

- a. Pendidikan : Lamanya sekolah atau tingkat sekolah yang telah diikuti Diukur dengan skala ordinal yaitu rendah, sedang dan tinggi.

Untuk pasien yang belum menikah : tingkat pendidikan tertinggi dari orang tua pasien (tingkat pendidikan ayah atau tingkat pendidikan ibu)

Untuk pasien yang telah berumur 18 tahun atau telah menikah : tingkat pendidikan tertinggi dari pasien sendiri (untuk yang berumur 18 tahun ke atas) atau tingkat pendidikan tertinggi dari suami atau istri (untuk pasien yang telah menikah) .

Dikategorikan sebagai berikut :

- Rendah : Tidak sekolah sampai tamat SD
- Sedang : Masuk SMP sampai tamat SMA
- Tinggi : Masuk Universitas sampai jenjang pendidikan tertinggi

- b. Status ekonomi : Dilihat dari pekerjaan pasien/keluarga pasien.

Diukur dengan skala ordinal yaitu rendah, sedang dan tinggi.

Dikategorikan berdasarkan asumsi sebagai berikut :

- Rendah : tidak bekerja, pegawai golongan rendah, buruh, dan wiraswasta kecil
- Sedang : pegawai golongan menengah, wiraswasta sedang
- Tinggi : pegawai golongan tinggi, professional, wiraswasta besar

4.2.1.2 Sosial budaya pasien

Suku bangsa : Asal daerah dari responden dan bahasa daerah yang dipakai di lingkungan keluarga. Diukur dengan skala nominal

4.2.2 Dokter

4.2.2.1 Ketaatan menjalankan Standar Operasional Prosedur (SOP)

Suatu prosedur tertulis yang disahkan oleh manajemen dan komite medik RS, yang berisi tentang tata cara melaksanakan suatu terapi atau tindakan medis sesuai dengan kondisi RS dan tidak menyimpang dari prosedur yang ditetapkan oleh organisasi profesi.

4.2.2.2 Kompetensi

Kemampuan seorang Dokter untuk melakukan terapi atau tindakan medis sesuai dengan kewenangan yang dimilikinya, secara administratif dibuktikan dengan adanya STR (Surat Tanda Registrasi) yang dikeluarkan oleh KKI (Konsil Kedokteran Indonesia) dan SIP (Surat Ijin Praktek) yang dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota setempat. Standar Pelayanan minimal akan diukur dengan membandingkan prosedur dan hasil dari tindakan medis tersebut terhadap beberapa dokter yang mempunyai kompetensi administratif yang sama.

4.2.2.3 Komunikasi

Cara seorang Dokter menyampaikan informasi kepada pasien atau keluarga pasien yang dapat dipahami oleh pasien/ keluarga pasien.

Kriteria kejelasan komunikasi, dikriteriakan sebagai berikut :

- a. Kurang : apabila pasien tidak paham dengan informasi yang disampaikan.
- b. Cukup : apabila pasien paham sebagian dengan informasi yang disampaikan
- c. Baik : apabila pasien paham seluruhnya dengan informasi yang disampaikan.

Inform concern atau dokumen lain tidak dapat dijadikan pegangan bahwa pasien/keluarga pasien telah memahami semua informasi yang disampaikan oleh dokter.

4.2.3 Pihak Ke tiga

4.2.3.1 Lembaga Swadaya Masyarakat

Sebuah organisasi yang didirikan oleh perorangan ataupun sekelompok orang yang secara sukarela yang memberikan pelayanan kepada masyarakat umum tanpa bertujuan untuk memperoleh keuntungan dari kegiatannya. Organisasi ini dalam terjemahan harfiahnya dari Bahasa Inggris dikenal juga sebagai Organisasi Non Pemerintah (disingkat **Ornop**) atau **ONP** (Bahasa Inggris: *Non-Governmental Organization; NGO*).

4.2.3.2 Pengacara

Seseorang yang melakukan atau memberikan nasihat (*advis*) dan pembelaan “**mewakili**” bagi orang lain yang berhubungan (klien) dengan penyelesaian suatu kasus hukum. Istilah pengacara berkonotasi jasa profesi hukum yang berperan dalam suatu sengketa yang dapat diselesaikan di luar atau di dalam sidang pengadilan. Di Indonesia, untuk dapat menjadi seorang pengacara, seorang sarjana yang berlatar belakang lulusan Perguruan Tinggi hukum harus mengikuti pendidikan khusus dan lulus ujian profesi yang dilaksanakan oleh suatu organisasi pengacara.

4.2.3.3 Media

Media Massa (Mass Media) adalah chanel, media/medium, saluran, sarana, atau alat yang dipergunakan dalam proses komunikasi massa, yakni komunikasi yang diarahkan kepada orang banyak (channel of mass communication). Komunikasi massa sendiri merupakan kependekan dari komunikasi melalui media massa (communicate with media). Yang termasuk media massa terutama adalah surat kabar, majalah, radio, televisi, dan film sebagai The Big Five of Mass Media (Lima Besar Media Massa), juga internet (cybermedia, media online).

4.2.4 Manajemen Rumah Sakit

4.2.4.1 Kelengkapan SOP

Tersedianya SOP di setiap bagian RS terutama SOP penanganan pasien.

4.2.4.2 Peralatan Medis

Semua bentuk peralatan medis dan peralatan penunjang medis yang digunakan untuk memeriksa, memonitor dan melakukan tindakan medis kepada pasien. Peralatan medis tersebut wajib dikalibrasi minimal 1 (satu) tahun sekali oleh instansi yang berwenang yaitu BPFK (Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan).



BAB 5

METODELOGI PENELITIAN

5.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif, untuk mengetahui suatu gambaran karakteristik mengenai terjadinya gugatan medis di RS Harapan Bunda Batam selama periode Agustus 2002 s/d Juli 2010.

Penelitian dilakukan dengan Desain / Rancangan Penelitian : Studi Kasus.

Populasi penelitian : Seluruh dokumen rekam medis dari pasien yang melakukan gugatan medis ke RS Harapan Bunda Batam periode Agustus 2002 s/d Juli 2010.

5.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian arsip dilakukan di Seksi Rekam Medik RS Harapan Bunda Batam, Jalan Seraya No.1 Batam Propinsi Kepulauan Riau pada bulan September s/d Oktober 2010, wawancara mendalam dilakukan di area RS Harapan Bunda Batam, dan observasi dilakukan di bagian-bagian terkait.

5.3 Metode Pengumpulan Data

Untuk kepentingan penulisan ini, diperlukan sejumlah data, baik data sekunder maupun data primer.

- a. Data Sekunder diperoleh melalui penelusuran bahan-bahan pustaka (library research) yang bertujuan untuk mendapatkan asas-asas, konsepsi-konsepsi, pandangan-pandangan, doktrin-doktrin serta isi kaidah hukum yang berkaitan dengan permasalahan malpraktik dokter.
- b. Data Primer diperoleh melalui penelitian arsip (document research) yang dilakukan dengan penelusuran rekam medis pasien yang melakukan gugatan medis ke RS Harapan Bunda Batam dari bulan Agustus 2002 s/d Juli 2010, melakukan wawancara mendalam dengan pihak-pihak yang terkait, seperti Dokter, Komite Medik RS, Manajemen RS, Organisasi Profesi (IDI), dan Pengacara dan melakukan observasi kelengkapan SOP yang dimiliki RS dan dokumen kalibrasi alat-alat medis yang dimiliki RS.

5.4 Instrumen Penelitian

Pengumpulan Data Kualitatif dilaksanakan dengan penelusuran pada rekam medis pasien yang melakukan gugatan medis dan wawancara mendalam dengan informan. Agar diperoleh data yang valid dan reliable digunakan alat bantu perekam suara ditambah dengan pencatatan.

5.5 Pengolahan dan Analisa Data

- a. Mengumpulkan semua data yang diperoleh dari berbagai sumber dan metode.
- b. Membuat “ transkrip “ yaitu salinan hasil wawancara dalam pita suara ke dalam ketikan di atas kertas tanpa membuat kesimpulan.
- c. Mengatur dan mengurutkan data serta melakukan kategorisasi pada data yang mempunyai karakteristik atau pola yang sama menurut metode pengumpulan data dan pola jawaban, kemudian disajikan dalam bentuk matriks.
- d. Analisis dan interpretasi secara kualitatif dilakukan dengan menghubungkan teori dan hasil penelitian.
- e. Analisis data kualitatif dilakukan dengan menggunakan analisis isi yang sebelumnya telah dimasukkan ke matriks. Data dikelompokkan per variable untuk kategori yang sama yang dilengkapi dengan telaah dokumen. Agar terhindar dari bias, data segera dianalisis setelah dilakukan wawancara.

5.6 Teknik Pemeriksaan Keabsahan

Demi menjaga keabsahan data, maka peneliti melakukan validitas data dengan melakukan triangulasi yaitu :

- a. Triangulasi sumber : dilakukan dengan cara wawancara terhadap informan yang berbeda namun tetap memperhitungkan kesamaan kompetensi.
- b. Triangulasi metode : dilakukan dengan cara wawancara mendalam, observasi dan telaah dokumen.

5.7 Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian ini, peneliti harus bisa menyimpan kerahasiaan identitas informan. Sebelumnya informan diminta kesediaannya untuk berpartisipasi, informan berhak menolak untuk diwawancara dan harus mendapat persetujuan dari lembaga rumah sakit. Beauchamp et al (1982) cit. Atkinson et al (2001) menyatakan bahwa etika penelitian kualitatif harus mengandung 4 unsur yaitu :

- a. Non Maleficiency : peneliti harus menghindari hal-hal dan perlakuan yang merugikan informan.
- b. Beneficence : penelitian yang dilakukan harus bermanfaat bagi peneliti dan informan.
- c. Autonomy : nilai, keyakinan dan pendapat informan harus benar-benar dihormati.
- d. Justice : informan harus diperlakukan secara wajar.

BAB 6

HASIL PENELITIAN

6.1 KETERBATASAN PENELITIAN

Penelitian ini adalah penelitian arsip (document research) yang jumlahnya sangat terbatas (dalam kurun waktu 8 tahun didapatkan 6 kasus gugatan medis yang ditujukan kepada RS). Dokumen tersebut bersifat sangat rahasia dan tersimpan secara khusus di bagian rekam medis RS. Untuk meminjam dokumen tersebut harus seijin Direktur RS.

Untuk wawancara secara mendalam dengan informan, juga didapatkan keterbatasan dalam memberikan pendapat secara jelas dan terbuka. Hal ini disebabkan karena adanya kesungkapan dalam hal memberikan penilaian kepada teman sejawat. Penjelasan oleh informan dalam wawancara seringkali menggunakan bahasa-bahasa diplomatis, yang harus dipersepsikan kembali oleh penulis.

6.2 INFORMAN PENELITIAN

Agar didapatkan data yang obyektif, maka Informan Penelitian ada 5 orang yaitu :

- a. Komite Medik RSHB
- b. Manajemen RSHB
- c. Dokter Spesialis yang sejenis
- d. Organisasi Profesi (IDI)
- e. Pengacara

6.3 HASIL PENELITIAN ARSIP

Data –data penelitian ini terutama didapatkan dari penelitian arsip (document research) yang dilakukan dengan penelusuran rekam medis pasien yang melakukan gugatan medis. Dan penulis sesuai dengan kapasitas jabatan yang dimiliki, dapat mengikuti kasus gugatan medis tersebut dari awal sejak dilakukannya gugatan tersebut, proses perundingannya dan penyelesaian kasus gugatan medis tersebut.

Informan dalam penelitian ini adalah dokter spesialis yang sejenis, manajemen RSHB, komite medik RSHB, Organisasi profesi (IDI) dan Pengacara. Pengumpulan data terhadap informan dilakukan dengan wawancara mendalam (pedoman wawancara terlampir).

Ada 6 (enam) dokumen rekam medis yang diteliti.

6.3.1 Kasus pertama

Nama pasien, R, umur 2 tahun, suku bangsa Palembang, pekerjaan orang tua : pekerja di perusahaan pembuatan anjungan minyak, tingkat pendidikan orang tua SMA, Pasien dirawat oleh dr X SpA, yang cukup berpengalaman. Pada tanggal 31 Agustus 2002, pasien tiba-tiba apnoe setelah dilakukan injeksi oleh perawat. Setelah itu pasien koma, dan sempat dirujuk ke RS di Melaka Malaysia. Keluarga pasien menuntut tanggung jawab pihak RS atas kejadian tersebut. Kebijakan RS adalah semua biaya perawatan dan akomodasi pasien tersebut ditanggung oleh pihak RSHB, dan juga pihak RS memberikan uang saku hati untuk keluarga pasien. Setelah cukup lama dalam kondisi vegetative state, pada tahun 2007 pasien meninggal dunia.

6.3.2 Kasus kedua

Nama pasien KT, umur 17 tahun, belum menikah, suku bangsa Batak, pekerjaan orang tua : berjualan di pasar, tingkat pendidikan orang tua SD. Pada tanggal 14 Juni 2004, pasien mengalami Kecelakaan Lalu Lintas dan mengalami cedera yang serius. Pasien ditangani di IGD oleh Dr Y SpB, yang cukup berpengalaman. Setelah dirawat sekitar 1 jam di IGD pasien meninggal dunia. Orangtua pasien tidak bisa menerima kondisi tersebut, karena menganggap penanganan yang telah dilakukan kepada pasien tidak optimal. Orang tua sempat mengancam dokter dan petugas RS lainnya, dan memanggil wartawan untuk memuat kasus tersebut. Kebijakan RS adalah memberikan penjelasan kepada wartawan media cetak yang menulis kasus tersebut.

6.3.3 Kasus ketiga

Nama pasien MN, umur 51 tahun, menikah, suku bangsa Melayu, pekerjaan : pekerja di perusahaan pembuatan pipa minyak, tingkat pendidikan SMA. Pada tanggal 26 April 2005, os datang ke RSHB ingin cabut plate pada femur sinistra (operasi pemasangan plate sebelumnya dilakukan pada tahun 2002 di RS lain). Setelah dilakukan pemeriksaan oleh Dr Y SpB, maka dilakukan operasi aff plate. Setelah itu ternyata terjadi non union, dan akhirnya pada tanggal 07 Mei 2005 dilakukan operasi ulang (ORIF) oleh Dr YY SpBO. Pasien menuntut agar operasi kedua dibiayai oleh pihak RSHB, karena pasien menganggap telah terjadi kesalahan prosedur pada operasi aff plate sebelumnya. Kebijakan RS adalah memberikan bantuan keringanan biaya pada operasi ulang (ORIF) tersebut.

6.3.4 Kasus keempat

Nama pasien Bayi Ny.A, umur 1 hari, suku bangsa Batak, pekerjaan orang tua : karyawan swasta, tingkat pendidikan SMP. Pada tanggal 05 September 2007, Ny A melahirkan di RSHB. Bayi Ny A ditangani oleh Dr R SpA. Saat lahir bayi dinyatakan

sehat oleh Dr X SpA. Keesokan hari tanggal 06 September 2007 jam 04.00 WIB, tiba-tiba bayi apnea dan akhirnya meninggal dunia. Orangtua pasien tidak menerima kondisi tersebut, dan bersama sama dengan pihak ke tiga (LSM) menuntut Rumah Sakit dan Dokternya. Kebijakan RS adalah memberikan bantuan uang duka kepada keluarga pasien.

6.3.5 Kasus kelima

Nama pasien SS, umur 30 tahun, menikah, suku bangsa Batak, pekerjaan : Ibu Rumah Tangga, tingkat pendidikan SMP. Pada tanggal 25 Juli 2008, os partus secara vacuum dan mengalami perdarahan post partum. Setelah itu dilakukan histerektomi oleh Dr Z SpOG. Setelah operasi kondisi pasien terus menurun dan akhirnya pada tanggal 26 Juli 2008 pasien meninggal dunia. Keluarga pasien menuntut pihak Dokter dan RS karena menganggap ada malpraktek dalam kasus tersebut. Kasus tersebut sempat diberitakan oleh media cetak lokal di Batam. Kebijakan RS adalah menjelaskan kasus tersebut kepada media bahwa tidak ada kesalahan prosedur dalam penanganan kasus tersebut dan berkoordinasi dengan IDI setempat.

6.3.6 Kasus keenam

Nama pasien Bayi Ny M, umur 1 hari, suku bangsa Minang, pekerjaan orang tua : wiraswasta, tingkat pendidikan SMP. Pada tanggal 10 Juli 2010, Ny M melahirkan di RSHB secara SC.. Waktu lahir perkembangan paru-paru bayi belum matang, dan bayi direferal ke RS lain, Setelah dirawat akhirnya bayinya meninggal .Orang tua melakukan gugatan medis, dengan mempertanyakan keputusan dr Z SpOG untuk melaksanakan operasi SC padahal janin belum cukup bulan . Kebijakan RS adalah memberikan uang bela sungkawa kepada keluarga pasien.

6.4. HASIL WAWANCARA MENDALAM

6.4.1 Komunikasi Dokter

Dari wawancara mendalam yang dilakukan, menurut persepsi informan, hanya satu dari enam kasus dimana dokter memberikan informasi yang cukup jelas, sedangkan lima kasus lainnya informasi yang diberikan kurang jelas dan kurang dipahami oleh pasien/ keluarga pasien.

6.4.1.1 Untuk kasus pertama, ada 3 informan yang menilai komunikasi dokter dianggap kurang jelas

"...pasien tidak mengerti, kenapa anaknya tiba-tiba tidak sadar, dan sayangnya dokter tidak bisa memberikan penjelasan yang bisa dimengerti oleh orang tua pasien..." I-3

"...jelas saja pasien menganggap telah terjadi malpraktek, karena kondisi sebelumnya

khan baik...”1-2

“...cukup sulit menjelaskan kondisi ini kepada pasien, kalau kita sih bisa menerima karena bukan anak kita, tetapi coba anak kita yang begitu....”1-1

6.4.1.2 Untuk kasus kedua, ada 3 informan yang menilai komunikasi dokter dianggap kurang jelas

“...itu sebenarnya masalah komunikasi saja...”1-1

“...namanya masuk IGD sudah gawat, orang tua pasien panik, ya bisa jadi miskomunikasi...”1-3

“...harusnya dari awal diberitahu, kondisinya gawat...”1-2

6.4.1.3 Untuk kasus ke tiga, ada 3 informan yang menilai komunikasi dokter dianggap kurang jelas

“ ...Seharusnya segala resiko operasi diinformasikan kepada keluarga pasien...”1-1

“ ...Setiap operasi pasti ada resiko gagal meskipun prosentasenya kecil, tinggal jelasin saja ke pasien...”1-3

“...Ke depannya segala prediksi harus dijelaskan secara mendetail...”1-2

6.4.1.4 Untuk kasus ke empat, ada 3 informan yang menilai komunikasi dokter dianggap kurang jelas

“...Kok dibilang sehat, tiba-tiba meninggal, gimana ceritanya...”1-4

“...Bagusnya bilang yang jelek-jelek aja, kalau kejadian ya memang seperti itu, tetapi kalau membaik dianggap dokternya hebat...ketimbang sebaliknya...”1-3

“....Dokter jangan ngomong yang baik-baik saja...”1-1

6.4.1.5 Untuk kasus ke lima, ada 3 informan yang menilai komunikasi dokter dianggap cukup jelas

“...Kondisinya sudah dijelaskan oleh dokter, dan kasusnya memang sulit, memang keluarga pasien mau nuntut aja...”1-5

“..Pasien taunya kalau meninggal itu malpraktek...”1-1

“...Itu kasus yang sulit, dan prognosanya jelek, dan pasti sudah dijelaskan oleh dokternya...”1-2

6.4.1.6 Untuk kasus ke enam, komunikasi dokter dianggap kurang jelas

“...itu pilihan yang sulit, seharusnya dijelasin oleh dokternya...”1-2

“...mungkin pasien dapat informasi lain dari RS tempat dirujuk itu...”

I-1

*"...lain kali kalau merujuk perlu koordinasi dulu dengan tempat yang akan dirujuk..."*¹⁻⁵

6.4.2 Ketaatan Dokter Menjalankan SOP

Dari enam kasus tersebut empat informan menilai Dokter telah menjalankan SOP yang telah ditetapkan oleh RS. Sedangkan satu informan menyatakan ragu. Untuk informan yang menilai Dokter telah menjalankan SOP

*"...Kalau dilihat dari SOP, sudah sesuai..."*¹⁻²

*"...SOP tersebut sesuai dengan sikon RS, tidak harus sama dengan RS lain..."*¹⁻¹

*"...Kalau nggak sesuai SOP berat risikonya..."*¹⁻³

*"...Pastilah sesuai SOP..."*¹⁻⁵

Untuk informan yang menyatakan ragu

*"...kalau sudah sesuai SOP khan seharusnya kondisi pasien baik..."*¹⁻⁴

6.4.3. Kompetensi Dokter

Dari kasus gugatan medis yang terjadi di RS Harapan Bunda Batam, dilihat dari kompetensi administrasinya semua dokter yang terkait telah memenuhi persyaratan. Tetapi secara klinis, terdapat tiga dari enam kasus, yang standar pelayanan minimal dari dokternya dipertanyakan saat melaksanakan penanganan kasus tersebut.

6.4.3.1 Untuk kasus ke tiga

Ada tiga informan yang meragukan standar pelayanan minimal dari dokter yang menangani pasien tersebut

" ... Secara aturan untuk kasus tersebut Beliau boleh melakukan, tetapi hasilnya sering bermasalah..." I-2

" ... Teknik operasinya memang berbeda kalau dilakukan oleh yang lebih ahli ... " I-1

" ... Agar tidak terulang kasus seperti itu, sebaiknya manajemen mengambil tindakan... " I-3

6.4.3.2 Untuk kasus ke empat

Ada tiga informan yang meragukan standar pelayanan minimal dokter yang menangani pasien tersebut.

" ... Kalau memang dikatakan normal, mengapa tiba-tiba memburuk tanpa sebab yang jelas... " I-2

" ... Mengingat usia dan kondisi kesehatannya, sebaiknya jangan diberikan pekerjaan yang beresiko, sebaiknya menangani rawat jalan saja... " I-3

" ... Ini bukan yang pertama, terjadi kasus seperti ini... " I-1

6.4.3.3 Untuk kasus ke enam

Ada tiga informan yang meragukan standar pelayanan minimal dokter yang menangani pasien tersebut.

" ... Kalau seperti itu, dari awal sebaiknya dirujuk... " I-2

" ... Kenapa tidak dari awal dikoordinasikan dengan Dokter Anak ?... "

I-3

" ... Itulah akibat karena sedikit-sedikit mau operasi... " I-1

6.5 Hasil Observasi

Dari hasil observasi yang dilakukan, didapati :

- a. RS telah mempunyai SOP terhadap penanganan pasien-pasien tersebut.
- b. RS telah mempunyai dokumen kalibrasi dan dokumen pemeliharaan alat-alat medis, dan wawancara dengan petugas terkait juga menyatakan alat-alat medis tersebut berfungsi dengan baik.

"... Terkait dengan kasus gugatan medis yang terjadi, alat-alat medis yang dimiliki RS tidak ada yang bermasalah..."



BAB 7

PEMBAHASAN

7.1 Faktor-faktor terjadinya gugatan medis

Pada saat ini sebagai akibat semakin meningkatnya tingkat pendidikan dan keadaan sosial ekonomi masyarakat serta diberlakukannya berbagai kebijakan perlindungan publik, tampak kesadaran hukum masyarakat semakin meningkat pula. Untuk melindungi kemungkinan munculnya gugatan hukum dari masyarakat yang tidak puas terhadap pelayanan kesehatan, tidak ada pilihan lain yang dapat dilakukan kecuali berupaya menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang terjamin mutunya. Dalam kaitan itu peranan program menjaga mutu jelas amat penting, karena apabila program menjaga mutu dapat dilaksanakan dapatlah diharapkan terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu, yang akan berdampak pada peningkatan kepuasan para pemakai jasa pelayanan kesehatan .

Dalam beberapa tahun belakangan ini yang dirasakan mencemaskan oleh dunia perumahsakitannya di Indonesia adalah meningkatnya tuntutan & gugatan malpraktek (dengan jumlah ganti rugi yang semakin hari semakin spektakuler), terutama sejak diberlakukannya Undang Undang No.8/1999 tentang perlindungan konsumen. Apakah Undang Undang itu yang menjadi pemicu berubahnya masyarakat kita menjadi masyarakat yang semakin gemar menuntut (litigious society) ataukah karena ada sebab lain, belum ada penelitian tentang hal tersebut. Namun yang jelas, situasi dunia perumahsakitannya kita sekarang ini amat mirip dengan krisis malpraktek (malpractice crisis) yang pernah melanda Amerika Serikat sekitar 40 tahun yang lalu, yaitu sejak Rumah Sakit (RS) tidak lagi dianggap kebal terhadap segala bentuk gugatan. Sebelumnya, RS dianggap sebagai lembaga sosial kebal hukum berdasarkan doctrine of charitable immunity, sebab pertimbangannya, menghukum RS membayar ganti rugi sama artinya dengan mengurangi assetnya, yang pada gilirannya akan mengurangi kemampuannya untuk menolong masyarakat banyak.

Perubahan paradigma tersebut terjadi sejak kasus Darling vs Charleston Community Memorial Hospital (1965), yakni kasus mula pertama yang mempersamakan institusi RS sebagai person (subjek hukum) sehingga oleh karenanya dapat dijadikan target gugatan atas kinerjanya yang merugikan pasien. Pertimbangannya antara lain karena banyak RS mulai melupakan fungsi sosialnya serta dikelola sebagaimana layaknya sebuah industri dengan manajemen modern, lengkap dengan manajemen risiko. Dengan adanya manajemen risiko tersebut maka sudah seharusnya apabila RS mulai menempatkan

gugatan ganti rugi sebagai salah satu bentuk risiko bisnisnya serta memperhitungkannya untuk dipikul sendiri risiko itu (risk financing retention) atukah akan dialihkan kepada perusahaan asuransi (risk financing transfers) melalui program asuransi malpraktik.

Situasi krisis yang mencemaskan tersebut jelas tidak menguntungkan bagi pengelolaan dan pengembangan RS, oleh karenanya perlu diwaspadai. Tetapi yang paling penting bagi setiap pengelola dan pemilik RS adalah memahami lebih dahulu bahwa sebelum gugatan malpraktik dapat dibuktikan maka setiap sengketa yang muncul antara health care receiver & health care provider baru boleh disebut sebagai konflik akibat adanya ketidaksesuaian logika atas sesuatu masalah; utamanya atas terjadinya adverse event (injury caused by medical management rather than the underlying condition of the patient). Menurut Winardi (1994), konflik diartikan sebagai ketidaksesuaian paham atas situasi tentang pokok-pokok pikiran tertentu atau karena adanya antagonisme-antagonisme emosional. Maka berbagai konflik yang melanda dunia perumahsakitannya kita sekarang ini tidak harus dipandang sebagai hal yang luar biasa sehingga tidak perlu disikapi secara tidak proporsional. Dilihat dari sisi positifnya justru konflik atau sengketa dapat meningkatkan kreatifitas, inovasi, intensitas upaya, kohesi kelompok serta mengurangi ketegangan.

Dunia perumahsakitannya juga harus merasa risih dan bersikap jujur karena pada kenyataannya masih banyak kelemahan & kekurangan dalam melaksanakan tatakelola klinik yang baik (good clinical governance), disamping belum secara sempurna mampu memenuhi prinsip-prinsip dalam merancang system pelayanan kesehatan yang lebih aman (safer health care system) yang berguna mencegah atau setidaknya mengurangi terjadinya adverse events.

Konflik itu sendiri sebetulnya hanya akan terjadi kalau ada prakondisi atau predisposing factor, misalnya berupa adverse events (yang pada hakekatnya merupakan kesenjangan antara harapan pasien ketika memilih RS dengan kenyataan yang diperolehnya menyusul dilakukannya upaya medis). Sedangkan trigger factors-nya antara lain karena adanya perbedaan persepsi, komunikasi ambigu atau gaya individual yang bisa datang dari pihak dokter sendiri (arogan, ketus, enggan memberikan informasi & sebagainya) atau dari pihak pasien (misalnya chronic complainer atau sikap temperamental). Tarif yang tinggi juga dapat menjadi pemicu munculnya klaim atas pelayanan yang kurang sempurna. Dari pengalaman diperoleh temuan bahwa tidak jarang pemicunya justru datang dari penilaian spekulatif yang bersifat negatif atas terjadinya adverse events dari teman sejawat dokter (yang barangkali saja ingin mengambil keuntungan, misalnya agar oleh pasien dianggap lebih hebat atau lebih pandai).

Mengenai perbedaan persepsi, biasanya disebabkan ketidakmampuan pihak pasien untuk memahami logika medis bahwa upaya medis merupakan upaya yang penuh uncertainty

dan hasilnya pun tidak dapat diperhitungkan secara matematis karena sangat dipengaruhi oleh faktor-faktor lain di luar kontrol dokter untuk mengendalikannya; misalnya daya tahan tubuh, mekanisme pertahanan tubuh, jenis dan tingkat virulensi penyakit, stadium penyakit, kualitas obat, respon individual terhadap obat (sebagai konsekuensi belum ditemukannya obat-obatan farmakogenomik yang sesuai dengan genetika tiap-tiap pasien) serta kepatuhan pasien dalam mengikuti prosedur dan nasehat dokter serta perawat. Banyak masyarakat menyangka bahwa upaya medis yang dilakukan dokter merupakan satu-satunya variabel yang dapat mempengaruhi kondisi kesakitan pasien sehingga parameternya, kalau upaya tersebut sudah benar menurut logika mereka tidak seharusnya pasien meninggal dunia, bertambah buruk kondisinya atau malahan muncul problem-problem baru. Pada kenyataannya upaya medis yang terbaik dan termahal sekalipun belum tentu dapat menjamin kesembuhan, demikian pula sebaliknya. Bahkan tidak jarang dokter melakukan kesalahan diagnosis dan dengan sendirinya diikuti kesalahan terapi, tetapi justru pasien dapat sembuh (berkat mekanisme pertahanannya sendiri). Oleh sebab itu tidaklah salah jika ada sementara ahli yang menyatakan "medicine is a science of the uncertainty, an art of the probability".

Pemahaman yang kurang memadai tentang hakekat upaya medis tersebut masih diperparah lagi oleh minimnya pemahaman mengenai hukum; misalnya tentang bentuk perikatan yang terjadi menyusul disepakatinya hubungan terapeutik (yang konsekuensinya memunculkan hak & kewajiban pada masing-masing pihak). Tidak banyak masyarakat yang faham bahwa perikatan yang terjadi antara health care receiver & health care provider merupakan inspanning-verbintenis (perikatan upaya) sehingga konsekuensi hukumnya, RS tidak dibebani kewajiban untuk mewujudkan hasil (berupa kesembuhan), melainkan hanya dibebani kewajiban melakukan upaya sesuai standar (standard of care); yaitu suatu tingkat kualitas layanan medis yang mencerminkan telah diterapkannya ilmu, ketrampilan, pertimbangan dan perhatian yang layak sebagaimana yang dilakukan oleh dokter pada umumnya dalam menghadapi situasi & kondisi yang sama pula (Hubert Smith). Dengan tingkat kualitas seperti itu diharapkan mampu menyelesaikan problem kesehatan pasien, namun jika pada kenyataannya harapan tersebut tidak terwujud atau bahkan terjadi adverse events atau risiko medis, tidak serta merta dokter atau RS harus dipersalahkan.

7.2 Adverse Event & Malpraktik

Banyak kalangan LSM menengarai adanya sesuatu yang tak beres yang menyebabkan gugatan pasien lewat jalur hukum selalu kandas di pengadilan. Mereka acapkali menuding sebagai penyebabnya adalah karena tidak adilnya keputusan Majelis Kehormatan Etik Kedokteran (yang anggotanya terdiri dari para dokter) serta

keberpihakan keterangan saksi ahli (yang notabene diambil dari sejawatnya sendiri) sehingga menyesatkan hakim. Namun dari pengamatan yang dilakukan, justru kualitas dari gugatan itu sendirilah yang kabur (obscure libel) karena tidak didukung oleh logika medis dan logika hukum yang benar sehingga amat wajar apabila keputusan pengadilan hampir selalu memenangkan RS atau dokter. Dikatakan demikian karena nampaknya pasien/ keluarga pasien telah menggeneralisasi setiap adverse event sebagai malpraktik. Mestinya setiap adverse event dianalisis lebih dahulu (mengingat tidak semua adverse events identik dengan malpraktik) dan sesudah itu barulah dipilah apakah kasus tersebut merupakan kasus pidana, perdata atautkah kecelakaan (misadventure).

Dalam kasus pidana maka menjadi kewajiban Jaksa Penuntut Umum untuk membuktikan dipenuhinya unsur pidana yang terdiri atas perbuatan tercela (actus reus) & sikap batin yang salah (mens rea) yang melatar-belakangi perbuatan tercela tersebut. Apabila terbukti bersalah maka tanggungjawab hukumnya (criminal responsibility) selalu bersifat individual & personal sehingga tidak dapat dialihkan kepada pihak lain. Perlu ditambahkan disini bahwa di berbagai negara yang menganut Common Law System pada awalnya memasukkan malpraktik sebagai tort (civil wrong againsts a person or properties) sehingga tidak ada pidana bagi dokter yang melakukan malpraktik melainkan gugatan ganti rugi. Namun kecenderungan Internasional akhir-akhir ini mulai ada upaya-upaya (walaupun kasusnya masih sangat jarang) untuk mempidanakan dokter, utamanya atas kasus malpraktik yang mengakibatkan kematian. Kecenderungan tersebut tentunya dapat menambah keyakinan LSM disini yang selama ini lebih suka membawa kasus malpraktik ke peradilan pidana, apalagi tindakan seperti itu dimungkinkan mengingat adanya Pasal 359 KUHP yang merupakan pasal keranjang sampah.

Sedangkan dalam kasus perdata, yang harus membuktikan adalah pihak penggugat (pasien) mengingat "siapa yang mendalilkan (bahwa dokter bersalah) maka dialah yang membuktikan". Untuk itu penggugat harus membuktikan adanya keempat unsur D dari malpraktik; yaitu (D)uty, (D)ereliction of duty, (D)amages & (D)irect causation between dereliction of duty and damages. Tentunya yang paling sulit bagi penggugat ialah membuktikan unsur D yang terakhir (Direct causation), namun pembuktian unsur itu beserta 3 unsur lainnya dari malpraktik menjadi tidak diperlukan lagi manakala ditemukan fakta yang mampu berbicara sendiri (misalnya ditemukannya gunting atau pinset di dalam perut pasien) sehingga dapat diberlakukan doktrin Res Ipsa Loquitur (the thing speaks for itself) yang secara otomatis membuktikan adanya malpraktik. Adapun mengenai tanggunggugatnya (civil liability,) dapat ditanggung sendiri oleh dokter yang bersangkutan atau dalam kondisi tertentu dapat dialihkan kepada pihak lain berdasarkan ajaran tanggung-renteng (doctrine of vicarious liability).

Contoh kasus paling gamblang yang menggambarkan kekurangcermatan pihak pasien dalam menuntut & menggugat adalah kasus dilaporkannya dokter ke polisi disertai

pengajuan gugatan ganti rugi ke pengadilan hanya karena bayi yang ditolong kelahirannya dengan vacuum extractie menderita komplikasi kelumpuhan otot leher. Juga kasus dilaporkannya dokter ke polisi karena terjadinya Steven Johnson syndrome akibat obat (yang seringkali mustahil dapat diramalkan sebelumnya). Betul pada kedua kasus itu ada damage, tetapi persoalannya, adakah unsur dereliction of duty yang secara langsung telah mengakibatkan damage tersebut?

Dari penelitian yang dilakukan oleh Institute of Medicine diperoleh gambaran bahwa sekitar 2,9 % sampai 3,7 % dari pasien rawat inap mengalami adverse event, berupa:

- Perpanjangan hospitalisasi
- Cacat saat meninggalkan RS
- Cacat tetap
- Adverse drug event
- Infeksi luka
- Meninggal dunia

Sekitar 70 % dari adverse event tersebut di atas disebabkan oleh error (diagnostic, treatment, preventive and others) yang dapat dicegah sehingga disebut preventable adverse event & hanya sekitar 27,6 % dari preventable adverse event yang dapat dikategorikan sebagai malpraktik (negligence atau culpa). Jadi kalau dihitung-hitung sebenarnya sangat kecil sekali bagian dari adverse event yang dapat dihubungkan dengan malpraktik, sedangkan selebihnya merupakan adverse event yang tidak termasuk pelanggaran hukum; baik yang bersifat error of commission (melakukan tindakan yang seharusnya tidak boleh dilakukan) maupun error of omission (tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan). Agaknya apa yang diuraikan di atas sejalan dengan teori Perrow (the Perrow's Normal Accident Theory) yang menyatakan bahwa:

- Dalam system tertentu, kecelakaan tidak dapat dihindari sama sekali.
- Dalam industri yang kompleks dan berteknologi tinggi maka kecelakaan merupakan hal yang normal.

Perlu disadari bahwa pelaksanaan layanan kesehatan di RS merupakan pekerjaan yang sulit, rumit & kompleks serta memerlukan bantuan teknologi (metode, alat & obat-obatan). Maka dalam kaitannya dengan upaya keselamatan pasien, The National Patient Safety Foundation menyimpulkan bahwa:

- a. Keselamatan pasien (patient safety) diartikan sebagai upaya menghindari dan mencegah adverse event (adverse outcome) yang disebabkan oleh proses layanan serta meningkatkan mutu outcome.

- b. Keselamatan pasien tidak hanya tertumpu pada orang (person), peralatan atau departemen saja, tetapi juga interaksi dari berbagai komponen & system.

Hal-hal tersebut di atas seyogyanya difahami lebih dahulu oleh pasien dan pengacaranya sebelum memutuskan menggugat, disamping perlu pula memahami logika hukum sebagaimana disebutkan di bawah ini, yaitu:

- a. Hubungan terapeutik antara pasien & RS merupakan hubungan kontraktual dan oleh karenanya semua azas dalam berkontrak berlaku, utamanya azas utmost of good faith (itikad baik).
- b. Perikatan yang timbul sebagai konsekuensi hubungan terapeutik merupakan jenis perikatan dimana RS hanya dibebani kewajiban oleh hukum untuk memberikan upaya yang benar (inspanning atau effort), bukan hasil (resultaat atau result).
- c. Adverse event yang terjadi tidak secara otomatis merupakan bukti adanya malpraktik. Pembuktian malpraktik menghendaki adanya unsur 4 D (Duty, Dereliction of duty, Damage & Direct causation between damage and dereliction of duty) atau kalau tidak harus ada fakta yang benar-benar dapat berbicara sendiri (Res Ipsa Loquitur).
- d. Kesalahan diagnosis tidak dapat dikatakan malpraktik sepanjang dokter, dalam membuat diagnosis telah memenuhi ketentuan & prosedur. Perlu dipahami oleh masyarakat bahwa bagian dari pekerjaan dokter yang paling sulit adalah menegakkan diagnosis, sementara peralatan diagnostik (yang paling canggih sekalipun) hanyalah bersifat mengurangi angka kesalahan saja. Maka tidaklah aneh jika kesalahan diagnosis di Amerika tetap tinggi (sekitar 17 %). Satu hal yang paling penting adalah apakah kesalahan diagnosis itu terjadi karena kecerobohan dalam melakukan prosedur diagnosis atau tidak.
- e. Dokter dapat dituntut pidana apabila tindakannya memenuhi rumusan pidana beserta unsur-unsurnya (mens rea & actus reus).
- f. Tanggungjawab pidana (criminal responsibility) selalu bersifat individual & personal serta tidak dapat dialihkan kepada pihak lain (baik individu maupun korporasi).
- g. Dokter juga boleh digugat jika pasien menderita kerugian akibat ingkar janji atau karena tindakannya yang melawan hukum (onrechtmatige-daad).
- h. Tanggunggugat (civil liability) atas terjadinya malpraktik yang dilakukan oleh dokter dapat dialihkan berdasarkan doktrin tanggung-renteng (doctrine of vicarious liability).

7.3 Ganti Rugi Akibat Malpraktik

Dalam melaksanakan pengabdianya, tidak selamanya RS dapat memberikan hasil sebagaimana diharapkan semua pihak. Adakalanya layanan tersebut justru menimbulkan

malapetaka; seperti cacat seumur hidup, lumpuh, buta, tuli atau bahkan meninggal dunia. Namun RS tidak perlu merasa khawatir sebab sepanjang yang dilakukannya sudah benar (sesuai standar yang berlaku) maka adverse events yang terjadi hanya bisa dianggap sebagai bagian dari risiko medik atau sebagai sesuatu yang tak mungkin dihindari, sehingga RS tidak seharusnya bertanggungjawab atas kerugian yang dialami pasien, material maupun immaterial. Lain halnya apabila adverse events terjadi karena error yang benar-benar dapat dikaitkan dengan malpraktik; baik yang bersifat kesengajaan (intensional), kecerobohan (recklessness) maupun kealpaan (negligence).

Ganti rugi oleh Undang Undang Kesehatan, dimaksudkan untuk memberikan perlindungan bagi setiap orang atas sesuatu akibat yang timbul, baik fisik maupun non fisik. Kerugian fisik adalah kerugian karena hilangnya atau tidak berfungsinya seluruh atau sebagian organ tubuh, yang dalam bahasa hukum disebut kerugian material. Sedangkan kerugian non fisik adalah kerugian yang berkaitan dengan martabat seseorang, yang dalam bahasa hukumnya disebut kerugian immaterial. Pertanyaan sekarang ialah, siapakah yang harus bertanggungjawab atas timbulnya kerugian itu? Dokter, RS, Yayasan ataukah ketiga-tiganya?

Untuk dapat menjawab pertanyaan-pertanyaan di atas perlu dipahami lebih dahulu tentang:

- a. Jenis tanggungjawab.
- b. Pola hubungan terapeutik yang terjadi.
- c. Pola hubungan kerja antara dokter & RS.

7.4 Pembahasan variabel-variabel

Dari 6 kasus tersebut di atas, didapatkan data sebagai berikut :

7.4.1 Pasien

7.4.1.1 Pendidikan pasien/ keluarga pasien

Tabel 3. Tingkat Pendidikan Pasien/Keluarga Pasien

Pendidikan	Jumlah	Prosentase
Rendah	1	16,6 %
Sedang	5	83,4 %
Tinggi	-	-

Total	6	100%
--------------	----------	-------------

Pendidikan pasien sangat mempengaruhi **persepsi** hubungan pasien dengan dokternya. Hubungan antara dokter dengan pasien telah terjadi sejak dahulu (jaman Yunani kuno), dokter sebagai seorang yang memberikan pengobatan terhadap orang yang membutuhkannya. Hubungan ini merupakan hubungan yang sangat pribadi karena didasarkan atas kepercayaan dari pasien terhadap dokter yang disebut dengan transaksi terapeutik. Hubungan yang sangat pribadi itu oleh Wilson digambarkan seperti halnya hubungan antara pendeta dengan jemaah yang sedang mengutarakan perasaannya. Pengakuan pribadi itu sangat penting bagi eksplorasi diri, membutuhkan kondisi yang terlindung dalam ruang konsultasi.

Hubungan hukum antara dokter dengan pasien ini berawal dari pola hubungan vertikal paternalistik seperti antara bapak dengan anak yang bertolak dari prinsip "*father knows best*" yang melahirkan hubungan yang bersifat paternalistik.

Dalam hubungan ini kedudukan dokter dengan pasien tidak sederajat yaitu kedudukan dokter lebih tinggi daripada pasien karena dokter dianggap mengetahui tentang segala sesuatu yang berhubungan dengan penyakit dan penyembuhannya. Sedangkan pasien tidak tahu apa-apa tentang hal itu sehingga pasien menyerahkan nasibnya sepenuhnya di tangan dokter.

Hubungan hukum timbul bila pasien menghubungi dokter karena ia merasa ada sesuatu yang dirasakannya membahayakan kesehatannya. Keadaan psikobiologisnya memberikan peringatan bahwa ia merasa sakit, dan dalam hal ini dokterlah yang dianggapnya mampu menolongnya, dan memberikan bantuan pertolongan. Jadi, kedudukan dokter dianggap lebih tinggi oleh pasien, dan peranannya lebih penting daripada pasien.

Sebaliknya, dokter berdasarkan prinsip "*father knows best*" dalam hubungan paternistik ini akan mengupayakan untuk bertindak sebagai 'bapak yang baik', yang secara cermat, hati-hati untuk menyembuhkan pasien. Dalam

mengupayakan kesembuhan pasien ini, dokter dibekali oleh Lafal Sumpah dan Kode Etik Kedokteran Indonesia.

Pola hubungan vertikal yang melahirkan sifat paternalistik dokter terhadap pasien ini mengandung baik dampak positif maupun dampak negatif. Dampak positif pola vertikal yang melahirkan konsep hubungan paternalistik ini sangat membantu pasien, dalam hal pasien awam terhadap penyakitnya. Sebaliknya dapat juga timbul dampak negatif, apabila tindakan dokter yang berupa langkah-langkah dalam mengupayakan penyembuhan pasien itu merupakan tindakan-tindakan dokter yang membatasi otonomi pasien, yang dalam sejarah perkembangan budaya dan hak-hak dasar manusia telah ada sejak lahirnya. Kemudian pola hubungan yang vertikal paternalistik ini bergeser pada pola horizontal kontraktual.

Hubungan dokter dengan pasien pada prinsipnya merupakan hubungan yang berdasarkan atas kepercayaan antara keduanya. Keberhasilan suatu pengobatan tergantung di antaranya pada seberapa besar kepercayaan pasien kepada dokternya. Hal inilah yang menyebabkan hubungan seorang pasien dengan dokternya kadang sulit tergantikan oleh dokter lain. Akan tetapi, hubungan ini dalam beberapa tahun terakhir ini telah berubah akibat makin menipisnya keharmonisan antara keduanya.

Berubahnya pola hubungan dokter-pasien yang bersifat paternalistik menjadi hubungan kolegial atau kemitraan, membuat pasien makin kritis terhadap dokternya. Ketika terjadi suatu hasil pengobatan yang tidak diinginkan seperti penyakit makin parah, kecacatan atau kematian, maka pasien serta merta menganggap dokter dan rumah sakitnya lalai.

Di samping itu faktor pendidikan pasien/ keluarga pasien sangat mempengaruhi penerimaan pasien terhadap informasi yang diterima dari Dokternya.

7.4.1.2 Status ekonomi pasien

Tabel 4. Status ekonomi pasien/keluarga pasien

Status ekonomi	Jumlah	Prosentase
Rendah	4	66,7 %
Sedang	2	33,3 %

Tinggi	-	-
Total	6	100,0 %

Status ekonomi pasien sangat berpengaruh terhadap gugatan medis yang akan dilakukannya karena berharap akan mendapatkan ganti rugi dari pihak Dokter atau Rumah Sakit.

Pada prinsipnya terdapat dua jenis kerugian yang menjadi landasan gugatan ganti rugi tersering kepada pemberi layanan jasa, yaitu yang pertama merupakan kerugian sebagai akibat langsung (atau setidaknya “*proximate cause*”) dari suatu kelalaian; dan jenis yang kedua adalah kerugian sebagai akibat dari pemberian jasa yang tidak sesuai dengan perjanjian (wanprestasi). Dalam kaitannya dengan layanan jasa kedokteran juga dikenal kerugian akibat peristiwa lain, yaitu misalnya kerugian akibat tindakan tanpa persetujuan, kerugian akibat penelantaran, kerugian akibat pembukaan rahasia kedokteran, kerugian akibat penggunaan alat kesehatan atau obat yang defek, dan kerugian akibat tiadanya peringatan pada pemberian tindakan medis yang berbahaya.

Di dalam pelayanan kesehatan dan kedokteran umumnya tidak dikenal adanya perjanjian tentang hasil atas pemberian jasa kedokteran (perikatan pelayanan kedokteran bukan bersifat *resultaatsverbintenis*), sehingga kerugian akibat hasil layanan jasa yang tidak sesuai dengan perjanjian (wanprestasi) pun jarang ditemukan di dalam gugatan sengketa hukum di bidang medik. Demikian pula gugatan ganti rugi akibat peristiwa-peristiwa lain di atas jarang ditemukan dalam praktek sehari-hari.

Sementara itu, kerugian akibat pemberian suatu barang (produk medik atau obat-obatan dan gizi medik) masih merupakan kerugian yang dapat dimintakan pengantiannya, terutama kepada institusi penyelenggara pelayanan.

Pada prinsipnya suatu kerugian adalah sejumlah uang tertentu yang harus diterima oleh pasien sebagai kompensasi agar ia dapat kembali ke keadaan semula seperti sebelum terjadinya sengketa medik. Tetapi hal itu sukar dicapai pada kerugian yang berbentuk kecederaan atau kematian seseorang. Oleh karena itu kerugian tersebut harus dihitung sedemikian rupa sehingga tercapai jumlah yang layak (*reasonable* atau *fair*). Suatu kecederaan sukar dihitung dalam bentuk finansial, berapa sebenarnya kerugian yang telah terjadi, apalagi apabila diperhitungkan pula tentang fungsi yang hilang atau terhambat dan ada atau tidaknya cedera psikologis.

Sebagaimana telah diuraikan di atas, kerugian atau *damages* dapat diklasifikasi sebagai berikut :

- a. Kerugian immaterial (*general damages, non pecuniary losses*)
- b. Kerugian material (*special damages, pecuniary losses*) :
 - Kerugian akibat kehilangan kesempatan
 - Kerugian nyata :
 - i Biaya yang telah dikeluarkan hingga saat penggugatan
 - ii Biaya yang akan dikeluarkan sesudah saat penggugatan

Ditinjau dari segi kompensasinya, kerugian dapat diklasifikasikan sebagai berikut :

- a. Kompensasi untuk kecederaan yang terjadi (*compensation for injuries, yaitu kerugian yang bersifat immateriel*)
 - Sakit dan penderitaan
 - Kehilangan kesenangan/kenikmatan (*amenities*)
 - Kecederaan fisik dan / atau psikiatris
- b. Kompensasi untuk pengeluaran tambahan (*compensation for additional expenses, real cost*)
 - Pengeluaran untuk perawatan rumah sakit
 - Pengeluaran untuk biaya medis lain
 - Pengeluaran untuk perawatan
- c. Kompensasi untuk kerugian lain yang *foreseeable* (*compensation for other foreseeable loss, yaitu kerugian akibat kehilangan kesempatan*)
 - Kehilangan penghasilan
 - Kehilangan kapasitas mencari nafkah

Kerugian-kerugian di atas umumnya ditagihkan satu kali, yaitu pada saat diajukannya gugatan. Kerugian, meskipun dapat terjadi berkepanjangan, tidak dapat digugat berkali-kali. Oleh karena itu penggugat harus menghitung secara cermat berapa kerugiannya, kini dan yang akan datang. Cara

pembayarannya dapat saja berupa pembayaran tunai sekaligus, tetapi dapat pula diangsur hingga satuan waktu tertentu yang disepakati kedua pihak (*structured settlement*). Pembayaran berjangka tersebut dapat dibebani dengan bunga. Bunga tidak dapat dibebankan kepada kerugian yang akan datang, sedangkan kerugian yang sudah terjadi – termasuk kerugian yang *non pecuniary* – dapat diberi bunga yang besarnya *reasonable*.

Misalnya pada kasus diamputasinya tungkai kanan seseorang yang diduga sebagai akibat dari kelalaian dokter dalam menangani patah tulang paha kanannya akibat kecelakaan lalu-lintas, maka kerugian berupa biaya yang digugatkan kepadanya dapat dirinci sebagai berikut : biaya perawatan medis sejak masuk rumah sakit hingga selesainya terapi pasca-operasi – termasuk biaya non medis yang terjadi sebagai akibat dari perawatan rumah sakit (transport, peralatan khusus, perawat pada *home care*, dll); biaya pemulihan fungsi tungkai kanan tersebut yang masih akan dibutuhkan (fisioterapi, kaki palsu, dll); kerugian akibat kehilangan penghasilan selama ia tidak bisa bekerja; kerugian sebagai akibat dari kehilangan kapasitas bekerja apabila pekerjaan semula atau profesinya “secara umum” membutuhkan adanya tungkai kanan, serta kerugian immaterial sebagai akibat dari sakit dan penderitaannya. Semua biaya nyata (*real cost*) mudah dihitung, baik yang telah dikeluarkan maupun yang akan dikeluarkan. Kerugian akibat kehilangan kesempatan agak lebih sulit dihitungnya, karena kerugian tersebut sebenarnya bersifat “prediktif” dengan tidak pasti atau dengan tingkat ketepatan yang tidak dapat ditentukan. Selain itu juga tidak dapat diperkirakan sampai berapa lama kehilangan kesempatan tersebut dapat diperhitungkan (berkaitan dengan panjang usia yang akan dicapai dan kemampuan bekerjanya secara umum). Lebih sulit lagi dihitungnya adalah kerugian immaterial.

Undang-undang hanya memberi rambu-rambu sebagaimana diuraikan dalam pasal 1370 dan 1371 KUH Perdata, yaitu harus mempertimbangkan kedudukan, kemampuan dan keadaan kedua belah pihak. Penggugat tentu saja akan memperhitungkan kerugian tersebut berdasarkan kedudukan, kemampuan dan keadaan sosial-ekonomi penggugat; yang tentu saja belum tentu sesuai dengan pihak tergugat (dokter). Dalam hal ini tentu akan terjadi semacam tawar-menawar tentang besarnya ganti rugi. Apabila perkara ini diajukan ke pengadilan perdata, maka hakim pada akhirnya akan mengambil keputusan jumlah ganti rugi tersebut, dengan mempertimbangkan kemampuan dan keadaan kedua belah pihak.

7.4.1.3 Suku bangsa pasien/ keluarga pasien

Dalam arti suku bangsa dari ayah pasien (orangtua yang laki-laki) didapatkan hasil

sebagai berikut :

Tabel 5. Suku bangsa pasien/keluarga pasien

Suku Bangsa	Jumlah	Prosentase
Batak	3	50,0 %
Melayu	1	16,7 %
Pelembang	1	16,7 %
Minang	1	16,7 %
Total	6	100,0 %

Suhunan Situmorang pada Koran Batak Pos hari Sabtu tanggal 31 juli 2010 menulis mengenai pandangannya terhadap suku Batak, berikut petikannya: Gerangan apakah kiranya yang menyebabkan sifat dan perilaku orang Batak hingga dinilai 'kasar', terutama oleh non-Batak? Sementara, bila dicermati, masyarakat Batak sesungguhnya berasal dari sebuah komunitas yang kuat dikurung tata-krama dan sopan-santun hasil ajar-ajar para leluhur. Hampir semua bidang kehidupan punya aturan, termasuk sapaan dan panggilan, yang tak sembarang diucapkan.

Mari kita mulai dari kata 'santabi' yang menampakkan rasa hormat pada pihak lain dan diucap dalam interaksi sehari-hari masyarakat hingga saat acara resmi keluarga (loloan natorop).

Bila seseorang mau bertanya arah jalan atau suatu tempat, marga seseorang, atau saat mengaju pendapat dalam acara atau rapat keluarga-kerabat, lazim didahului kata santabi. Bahkan dalam hubungan yang bersifat mistis atau takhayul, ketika melintasi alam atau tempat yang dianggap keramat, tak lupa menyebut kata yang satu ini. Kata santabi begitu penting hingga seseorang akan dianggap tak beradat, bila abai menyebut dalam suatu kesempatan atau permohonan yang melibatkan pihak lain. Selain 'marsantabi', orang Batak dituntut pula menjaga tata-krama saat melakukan kontak atau hubungan, baik di lingkungan keluarga inti (batih), famili, kerabat, tetangga (dongan sahuta), dan pemerintah (zaman dahulu: raja huta, raja bius, dan raja-raja lain yang tidak sama persis pengertiannya dengan raja dalam kerajaan atau kingdom). Panggilan atas diri seseorang bukanlah asal sebut dan terbangun begitu saja, melainkan berdasarkan status dalam keluarga dan hubungan perkerabatan (partuturon) dengan pihak lain. Kata-kata yang digunakan pun pilihan, bukan yang biasa terucap, lebih halus derajatnya macam kromo inggil dalam masyarakat Jawa. Beberapa kata kerja, kata benda, kata sifat, kata keterangan,

dalam Bahasa Batak, mengenal derajat, dan itu menunjukkan kualitas seseorang. Dahulu, orang Batak pun amat hormat pada alam, hingga untuk menebang sebatang pohon, umpamanya, harus permisi dan menyebut menebang. Demikian halnya lahan yang digunakan untuk menanam padi, mata air (mual) dan danau untuk keperluan tanaman dan hajat hidup, dirawat dan dihormati. Pekerjaan dan keahlian seseorang pun dihormati, mulai petani, peternak, nelayan, penenun, pandai besi, pengukir, hingga pemain musik gondang sabangunan (pargonsi). Bila meminta satu repertoar, misalnya, terlebih dahulu 'paminta' dalam acara tortor, mengajukan permohonan berisi pujian kepada pargonsi dengan tekanan frasa 'pande bolon' (ahli yang sungguh hebat).

Syarat utama untuk memilih seorang pemimpin pun lebih karena pertimbangan sikap, perilaku, terutama cara bicara yang santun dan bermutu tinggi hingga piawai memberi petunjuk dan argumentasi, yang disuarakan secara tegas namun menyisipkan kerendahatian (mangelek). Tata-krama, termasuk cara bicara, ternyata begitu penting bagi manusia-manusia Batak pemula. Tentulah mereka punya maksud tersendiri kenapa sedemikian ketat membuat aturan yang melingkupi aktivitas dan kehidupan setiap orang, yang esensinya memelihara respek atau penghormatan bagi orang lain dan alam, termasuk menciptakan sebuah nasehat (poda) yang berkata: 'Pantun hangoluan, tois hamagoan' (terjemahan bebas: sopan-santun sumber keberhasilan, sementara sikap congkak akan menimbulkan kerugian atau masalah).

Lalu, kenapa perkembangan selanjutnya, khususnya di rantau, banyak orang Batak gagal mempertahankan tata-krama dan sopan santun hingga kemudian dicap orang lain (terutama etnis lain), Batak itu suku yang kasar? Apakah sebenarnya yang membuat banyak orang Batak terputus dari nilai-nilai budaya yang seharusnya justru membuat mereka punya kelebihan dibandingkan masyarakat lain, apalagi sudah bertambah bekal dengan menganut agama dan pendidikan yang diyakini membawa pencerahan dan peradaban yang lebih modern?

Apakah faktor kemiskinan di masa lampau dan perjuangan supaya bisa 'survive'—karena populasi kian bertambah di tengah lahan yang amat terbatas—membuat banyak orang Batak perlahan-lahan menanggalkan nilai-nilai adat, norma adat, dan bahkan norma agama? Apakah perubahan yang tak menggembirakan itu dibawa para perantau yang begitu keras bertarung di ranah jauh, yang tak sadar mereka tebarkan ketika kembali ke 'Bonapasogit'?

Bila memang karena faktor-faktor yang disebut di atas, lalu kenapa tak demikian halnya, katakanlah, orang Jawa yang dahulu juga rata-rata miskin dan banyak merantau, bahkan lebih jauh dari perantauan orang Batak. Apakah karena perantau

orang Batak mendapat tantangan yang lebih keras, terutama karena perbedaan keyakinan dan budaya yang amat tajam dengan masyarakat lain yang ditemui? Atau, ini menyangkut karakter dasar yang sudah sejak semula disadari para leluhur hingga dibuat begitu banyak aturan dan norma, termasuk menekankan betapa penting mencapai derajat 'anakni raja' dan 'boruni raja'?

7.4.2 Dokter

7.4.2.1 Komunikasi

Dari hasil penelitian didapatkan dari 6 kasus gugatan medis yang terjadi 5 orang dokter dinilai komunikasinya kurang jelas dan 1 orang dokter dinilai komunikasinya cukup jelas.

Tabel 6. Kualitas Komunikasi Dokter

Komunikasi	Jumlah	Prosentase
Kurang	5	83,3 %
Cukup	1	16,7 %
Baik	-	-
Total	6	100 %

Di Indonesia, sebagian dokter merasa tidak mempunyai waktu yang cukup untuk berbincang-bincang dengan pasiennya, sehingga hanya bertanya seperlunya. Akibatnya, dokter bisa saja tidak mendapatkan keterangan yang cukup untuk menegakkan diagnosis dan menentukan perencanaan dan tindakan lebih lanjut. Dari sisi pasien, umumnya pasien merasa dalam posisi lebih rendah di hadapan dokter (superior-inferior), sehingga takut bertanya dan bercerita atau hanya menjawab sesuai pertanyaan dokter saja.

Tidak mudah bagi dokter untuk menggali keterangan dari pasien karena memang tidak bisa diperoleh begitu saja. Perlu dibangun hubungan saling percaya yang dilandasi keterbukaan, kejujuran dan pengertian akan kebutuhan maupun kepentingan masing-masing. Dengan terbangunnya hubungan saling percaya, pasien akan memberikan keterangan yang benar dan lengkap

sehingga dapat membantu dokter dalam mendiagnosis penyakit pasien secara baik dan memberi obat yang tepat bagi pasien.

Komunikasi yang baik dan berlangsung dalam kedudukan setara (tidak superior-inferior) sangat diperlukan agar pasien mau/dapat menceritakan sakit/keluhan yang dialaminya secara jujur dan jelas. Komunikasi efektif mampu mempengaruhi emosi pasien dalam pengambilan keputusan tentang rencana tindakan selanjutnya, sedangkan komunikasi tidak efektif akan mengundang masalah.

Menurut laporan *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)*, dari hasil evaluasi 2840 kasus *sentinent event* (kejadian yang tak diharapkan fatal) dapat disimpulkan bahwa 65% akar penyebab masalah adalah faktor komunikasi. Komunikasi ini menyangkut banyak hal, komunikasi antar petugas kesehatan sebagai satu tim, komunikasi dokter dengan petugas kesehatan lainnya, dan komunikasi dokter dengan pasien.

Dalam praktik kedokteran, komunikasi sering kurang mendapat perhatian dari para tenaga kesehatan yang lebih mengutamakan ketrampilan klinis, ketimbang meluangkan waktu untuk melakukan komunikasi yang efektif.. 54% pasien mengeluh, dan 45% pasien minta perhatian, tidak mendapat tanggapan dokter. Bahkan studi lain mengatakan dalam 18 detik pasien mengungkapkan problemnya, dokter menyela ungkapan pasien.

Dalam pembahasan kali ini akan lebih diutamakan mengenai komunikasi dokter dan pasien. Dalam hubungan dokter – pasien, hal penting yang perlu mendapat perhatian, yaitu bagaimana dokter menempatkan otonomi pasien sebagai individu khususnya dalam pengambilan keputusan medis. Konsekuensinya adalah bagaimana dokter membangun keharmonisan hubungan tersebut melalui komunikasi. Hubungan dokter dan pasien pasti dilandasi dengan komunikasi, kecuali pada pasien tidak sadar, meskipun demikian komunikasi tetap berjalan, paling tidak dengan keluarga pasien.

7.4.2.2 Ketaatan menjalankan SOP (Standar Operating Procedure)

Dari lima orang informan, empat informan menilai dokter telah taat menjalankan SOP

dan satu informan menilai ragu tentang ketaatan dokter menjalankan SOP, karena melihat dampak yang terjadi pada pasien. Disimpulkan bahwa dari ke enam kasus tersebut, dokter telah menjalankan SOP yang telah ditetapkan oleh Rumah Sakit.

Tabel 7. Ketaatan menjalankan SOP

Ketaatan menjalankan SOP	Jumlah	Prosentase
Taat	6	100 %
Tidak Taat	-	-
Total	6	100 %

7.4.2.3 Standar Pelayanan Minimal Dokter

Dari hasil penelitian terdapat 3 kasus yang standar pelayanan minimal dokternya diragukan.

Tabel 8. Standar Pelayanan Minimal Dokter

SPM	Jumlah	Prosentase
Diragukan	3	50 %
Tidak Diragukan	3	50 %
Total	6	100 %

Untuk dapat memperoleh kualifikasi sebagai dokter, setiap orang harus memiliki suatu kompetensi tertentu di bidang medik dengan tingkat yang tertentu pula, sesuai dengan kompetensi yang harus dicapainya selama menjalani pendidikan kedokterannya. Tingkat kompetensi tersebut bukanlah tingkat terendah dan bukan pula tingkat tertinggi dalam kualifikasi tenaga medis yang sama, melainkan kompetensi yang rata-rata (*reasonable competence*) dalam populasi dokter.

Selanjutnya untuk dapat melakukan praktek medis, dokter tersebut harus memiliki kewenangan medis yang diperoleh dari penguasa di bidang kesehatan dalam bentuk ijin praktek. Kewenangan formal diperoleh dengan menerima “surat penugasan” (atau nantinya disebut sebagai Surat Tanda Registrasi), sedangkan kewenangan material diperoleh dengan memperoleh ijin praktek.

Seseorang yang memiliki kewenangan formal dapat melakukan tindakan medis di suatu sarana kesehatan yang sesuai dengan surat penugasannya di bawah supervisi pimpinan sarana kesehatan tersebut, atau bekerja sambil belajar di institusi pendidikan spesialisasi di bawah supervisi pendidiknya. Sedangkan seseorang yang memiliki kewenangan material memiliki kewenangan penuh untuk melakukan praktik medis di tempat praktiknya, karena SIP dokter menurut Undang-Undang No. 29/2004 tentang Praktik Kedokteran hanya berlaku untuk tiga tempat praktek. Namun demikian tidak berarti dokter tidak diperkenankan melakukan pertolongan atau tindakan medis di tempat lain di seluruh Indonesia.

Sikap dan tindakan yang wajib dilaksanakan oleh dokter diatur dalam berbagai standar. Setidaknya profesi memiliki 3 macam standar, yaitu standar kompetensi, standar perilaku dan standar pelayanan. Standar kompetensi adalah yang biasa disebut sebagai standar profesi. Standar berperilaku diuraikan dalam sumpah dokter, etik kedokteran dan standar perilaku IDI. Dalam bertindak di suatu sarana kesehatan tertentu, dokter diberi rambu-rambu sebagaimana diatur dalam Standar Operasional Prosedur (SOP) sarana kesehatan tersebut.

Menilai ada atau tidaknya penyimpangan berbagai kewajiban di atas dilakukan dengan membandingkan apa yang telah dikerjakan oleh tenaga medis tersebut (*das sein*) dengan apa yang seharusnya dilakukan (*das sollen*). Apa yang telah dikerjakan dapat diketahui dari rekam medis, sedangkan apa yang seharusnya dikerjakan terdapat di dalam berbagai standar. Tentu saja hal ini bisa dilaksanakan apabila di satu sisi rekam medis dibuat dengan akurat dan cukup lengkap sedangkan di sisi lainnya standar pelayanan juga tertulis cukup rinci. Dalam hal tidak ditemukan standar yang tertulis maka diminta *peer-group* untuk memberikan keterangan tentang apa yang seharusnya dilakukan pada situasi dan kondisi yang identik. Perlu diingat bahwa sesuatu standar seringkali berkaitan dengan kualifikasi si pemberi layanan (orang dan institusi), pada situasi seperti apa dan pada kondisi bagaimana kasus itu terjadi.

Demikian pula suatu standar umumnya berbicara tentang suatu situasi dan keadaan yang "normal" (pada *clean case*) sehingga harus dikoreksi terlebih dahulu untuk dapat diterapkan pada situasi dan kondisi yang tertentu. Banyak hal harus diperhitungkan disini, seperti bagaimana keadaan umum pasien dan faktor-faktor lain yang "memberatkannya"; adakah situasi kedaruratan tertentu, adakah keterbatasan sarana dan/atau kompetensi institusi, adakah keterbatasan waktu, dan lain-lain.

Dengan melihat uraian tentang kewajiban di atas, maka mudah buat kita untuk memahami apakah arti penyimpangan kewajiban. Dalam hal ini harus diperhatikan adanya Golden Rule yang menyatakan "*What is right (or wrong) for one person in a*

given situation is similarly right (or wrong) for any other in an identical situation”.

Pembelaan dengan mengatakan bahwa tidak ada kewajiban pada pihak dokter hampir tidak mungkin dilakukan, oleh karena pada umumnya hubungan profesional antara dokter dengan pasien telah terbentuk. Sangat jarang kelalaian medis terjadi tanpa adanya hubungan dokter-pasien, seperti pada upaya pertolongan yang dilakukan dokter pada gawat darurat medik yang tidak pada sarana kesehatan. Dengan demikian pembelaan harus ditujukan kepada upaya pembuktian tidak adanya pelanggaran kewajiban yang dilakukan dokter.

Pada awalnya tentu saja dibuktikan terlebih dahulu adanya kompetensi dan kewenangan medik pada dokter pada peristiwa tersebut, demikian pula kompetensi dan kewenangan institusi kesehatan tempat terjadinya peristiwa.

Berikutnya dinilai apakah terdapat pelanggaran dokter terhadap kewajiban dokter mengikuti pasal-pasal dalam KUHP, UU Kesehatan dan peraturan perundang-undangan lain yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan. Demikian pula pasal-pasal dalam sumpah dokter, etik kedokteran dan standar perilaku IDI, kecuali yang berkaitan dengan standar prosedur / standar pelayanan minimal.

Selanjutnya diidentifikasi semua data tentang peristiwa, sehingga “peer group” dapat menyusun standar prosedur operasional dan standar pelayanan medis yang dapat diberlakukan pada situasi dan kondisi yang identik dengan kasus yang dipertanyakan. Dalam hal ini, berbagai keterbatasan yang bersifat lokal dan “*common practice*” dapat menyimpangi standar profesi yang bersifat nasional, sepanjang penyimpangan tersebut masih dapat diterima ditinjau dari falsafah dan prinsip pelayanan medik serta *state-of-the-art* kedokteran.

Pedoman yang harus diikuti oleh dokter dalam menyelenggarakan praktik kedokteran (Penjelasan ps 44 UU no 29/2004 tentang Praktik Kedokteran) yaitu batasan kemampuan (*knowledge, skill* dan *professional attitude*) minimal yang harus dikuasai oleh seorang individu untuk dapat melakukan kegiatan profesionalnya pada masyarakat secara mandiri, yang dibuat oleh organisasi profesi (Penjelasan ps 50 UU no 29/2004 tentang Praktik Kedokteran)

Perangkat instruksi / langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu, yang memberikan langkah yang benar dan terbaik berdasarkan konsensus bersama untuk melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh sarana pelayanan kesehatan berdasarkan stand.

Kualitas dan profesionalisme para dokter di Indonesia tampaknya mesti ditingkatkan. Rata-rata 5,1 persen dokter tidak lulus dalam Ujian Kompetensi Dokter Indonesia

(UKDI). Dari 27.000 dokter yang diuji dari berbagai bidang, sebanyak 1.370 dokter harus mengikuti ujian ulang.

Secara administratif, dokter yang terkait dengan kasus tersebut telah memenuhi syarat-syarat kompetensi yang dipersyaratkan, yang dibuktikan dengan adanya STR (Surat Tanda Registrasi) yang dikeluarkan oleh KKI (Konsil Kedokteran Indonesia) dan adanya SIP (Surat Ijin Praktek) yang dikeluarkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kota Batam.

7.4.3 Pihak ke tiga

Dari gugatan yang dilakukan oleh pasien/keluarga pasien, didapatkan 3 kasus yang dibantu /dipengaruhi oleh pihak ke tiga

Tabel 9. Pihak ketiga

Pihak ketiga	Jumlah	Prosentase
LSM	1	16,7 %
Media	2	33,3 %
Pengacara	-	-
Tidak ada	3	50%
Total	6	100%

7.4.3.1 LSM

Yang dibantu oleh LSM ada 1 kasus

Lembaga Bantuan Hukum Kesehatan menyatakan banyaknya kasus malpraktek dokter di Indonesia adalah akibat pelayanan kesehatan yang tidak menunjang. Sejak 1999 hingga 2004, menurut data LBH Kesehatan sudah ada 126 kasus yang diduga malpraktek.

Menurut Ketua Pendiri LBH Kesehatan Iskandar Sitorus kepada *Tempo News Room*, kasus-kasus tersebut tersebar di berbagai rumah sakit. Sebanyak 60 kasus terjadi di Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo; 16 kasus di Rumah Sakit Persahabatan, Jakarta dan sisanya tersebar di rumah sakit seperti Siloam Gleneagles, Hermina, Budi Lestari, Bekasi, Pondok Kopi. "Kasus-kasus tersebut tidak semuanya diselesaikan di

tingkat penyidikan atau laporan polisi. Kebanyakan, rumah sakit mau bertanggung jawab setelah pasien mendapat advokasi hukum,” kata Iskandar, Selasa (13/7/2010).

Kasus-kasus tersebut terjadi, disebabkan tidak adanya perlindungan terhadap pasien, karena lemahnya pengawasan penyelenggaraan kesehatan di Indonesia. Hal ini juga ditunjang karena masalah kesehatan kurang dipahami dengan baik. “Bahkan polisi juga masih tidak paham tentang masalah kesehatan ini,” katanya. Hal ini, yang mengakibatkan penanganan polisi terhadap kasus malpraktek kurang optimal.

Menurut Iskandar, untuk mencegah terjadinya malpraktek, harus ada UU Pasien yang melindungi pasien terhadap praktik kedokteran. “Jadi bukan RUU Praktek Kedokteran yang harus dibuat,” ujarnya.

Menurut Iskandar, di AS, UU Pasien baru ada saat masa pemerintahan Presiden Bill Clinton. Sedangkan di Asia Tenggara, ada Malaysia dan Singapura yang bisa dipakai sebagai contoh telah memiliki Undang Undang Kesehatan yang baik.

Pada prakteknya, ujar Iskandar, ada akta atau setingkat peraturan pemerintah (pusat atau daerah) yang mengatur secara detil turunan dari aturan pokok itu. Sehingga di negara-negara tersebut, yang diperbarui adalah aktanya, bukan undang-undangnya sesuai perkembangan zaman. Dia mencontohkan adanya akta mengenai keterangan penyakit hepatitis atau pun jantung yang berisi sekaligus penanganan pelayanan kesehatan untuk penyelamatan pasien.

Sementara itu, di Indonesia, yang dibuat adalah UU Praktek Kedokteran yang membuat profesi dokter jadi lebih spesial di depan hukum. “Malah sebelumnya, peradilan mereka ingin khusus. Untung sekarang sudah di peradilan umum,” katanya.

Ia menambahkan, rancangan dari inisiatif DPR ini justru melindungi dokter, karena mengesahkan profesi sebagai hal khusus. “Pemeriksaan dokter di pengadilan, bukan oleh dokter, tapi hakim dengan menimbang saksi ahli yang lebih tinggi tingkat keahliannya pada profesi yang sama (dokter),” katanya.

7.4.3.2 Media

Yang dibantu oleh media (media cetak) ada 2 kasus

Tidak jarang, sebagaimana akhir-akhir ini sering terjadi, pasien dan kuasanya mengungkapkan kasusnya kepada publik melalui media massa, dilihat dari sisi mereka dengan persepsi mereka sendiri. Tulisan, tayangan atau pernyataan yang sangat menyudutkan rumah sakit atau menyesatkan persepsi masyarakat sebaiknya segera direspons oleh rumah sakit dengan memberikan informasi yang adekuat tanpa harus membuka rahasia kedokteran. Media massa wajib memuat “hak jawab”

kita dan dapat digugat hingga 500 juta rupiah apabila tidak memuat hak jawab dengan tata cara yang layak.

7.4.4 Manajemen RS

Dari gugatan yang dilakukan oleh pasien/keluarga pasien tidak didapatkan variable yang dipengaruhi oleh Manajemen RS, yaitu :

7.4.4.1 Kelengkapan SOP

Dari 6 kasus tersebut, semuanya telah mempunyai SOP sesuai dengan kondisi Rumah Sakit, yang disusun oleh Komite Medik RS dan disahkan oleh Direktur RS.

Tabel 10. Kelengkapan SOP

Kelengkapan SOP	Jumlah	Prosentase
Ada	6	100%
Tidak Ada	-	-
Total	6	100%

7.4.4.2 Peralatan Medis :

Dari 6 kasus tersebut, tidak ditemukan adanya faktor peralatan medis dalam terjadinya gugatan medis tersebut.

Tabel 11. Peralatan Medis

Peralatan Medis	Jumlah	Prosentase
Baik	6	100 %
Tidak Baik	-	-
Total	6	100 %

7.5 Kesimpulan Pembahasan :

- a. Dari gugatan medis yang dilakukan, terdapat 1 pasien dengan tingkat pendidikan rendah dan 5 pasien dengan tingkat pendidikan sedang.
- b. Dari gugatan medis yang dilakukan, terdapat 4 pasien dengan status ekonomi rendah dan 2 pasien dengan status ekonomi sedang.
- c. Dari gugatan medis yang dilakukan, dari 6 pasien terdapat 3 pasien dari suku Batak .
- d. Dari 6 kasus terdapat 5 kasus gugatan medis yang komunikasi dokternya dinilai kurang
- e. Dari seluruh kasus, ketaatan menjalankan SOP telah dilaksanakan oleh para Dokter.
- f. Secara administratif, seluruh dokter kompeten. Secara standar pelayanan minimal, dari 6 kasus ada 3 kasus yang standar pelayanan minimal dari dokternya dipertanyakan saat menangani kasus tersebut
- g. Dari 6 kasus terdapat 3 kasus gugatan medis yang dipengaruhi oleh pihak ke tiga (1 kasus dipengaruhi oleh LSM dan 2 kasus dipengaruhi oleh Media)
- h. Tidak didapati kasus gugatan medis yang terkait dengan unsur manajemen (kelengkapan SOP dan peralatan medis yang disediakan oleh RS).

BAB 8

KESIMPULAN DAN SARAN

8.1 Kesimpulan

Rumah Sakit sebagai Institusi Pelayanan Masyarakat, tidak akan pernah terlepas dari keluhan/ komplain dari pelanggannya. Upaya penanganan keluhan haruslah dipahami secara baik dan benar oleh seluruh petugas Rumah sakit, agar keluhan tersebut tidak menjadi besar dan berkepanjangan yang tentu akan merugikan citra Rumah Sakit dalam jangka panjang.

Dari hasil penelitian yang dilakukan, faktor-faktor dominan terjadinya gugatan medis dipengaruhi oleh :

- a. Faktor pasien : status pendidikan dari sedang ke bawah, status ekonomi yang rendah dan suku bangsa tertentu.
- b. Faktor dokter : komunikasi dokter yang kurang jelas dan standar pelayanan minimal dari dokter yang kurang.
- c. Faktor pengaruh pihak ke tiga : media cetak dan LSM

8.2 Saran Strategis

8.2.1 Prioritaskan upaya non litigasi

Rumah Sakit harus membuka akses yang seluas-luasnya terhadap pengaduan sengketa medik dengan menyediakan lembaga pengaduan sengketa medik sebagai salah satu cara untuk meredam kekecewaan pasien agar permasalahan tidak melebar dan terekspose secara luas. Upaya-upaya non litigasi (jalur di luar peradilan) adalah upaya-upaya prioritas yang harus dilakukan. Bila tidak ada jalan lain, maka upaya – upaya litigasi

(jalur peradilan) yang harus ditempuh. Karena terlepas dari benar salahnya Rumah Sakit dalam kasus hukum pelayanan medis tersebut, dengan ditempuhnya jalur litigasi akan sangat mempengaruhi citra Rumah Sakit di masyarakat.

8.2.2 Peran serta Pemerintah Daerah

Pemerintah Daerah diharapkan berperan lebih aktif sebagai mediator, agar kasus-kasus gugatan medis yang terjadi tidak berkepanjangan dan mengganggu kinerja Rumah Sakit yang membawa dampak terhadap pelayanan kepada masyarakat. Penertiban perlu dilakukan terhadap pihak ke tiga yang mengambil manfaat dari munculnya kasus gugatan medis tersebut, agar peran pihak ke tiga lebih wajar dan

proporsional dalam menyikapi kasus tersebut. Perkembangan kasus sengketa medis tidak mudah untuk diprediksi. Campur tangan pihak ke tiga biasanya dapat memanasakan situasi, apalagi kalau dari awal ada niat dan motif dari pihak pasien untuk menuntut ganti rugi kepada pihak Rumah Sakit

8.2.3 Meningkatkan koordinasi dengan Organisasi Profesi

Perlu dilaksanakan koordinasi dengan organisasi profesi agar pertimbangan yang diberikan oleh organisasi profesi dapat dilakukan dalam waktu yang secepatnya.

8.2.4 Bantuan Advokasi

Memberi bantuan advokasi, dengan cara Rumah Sakit mempunyai Bagian/ Bidang Hukum di Rumah Sakit atau Rumah Sakit menyewa kuasa hukum yang membantu Rumah Sakit untuk menyelesaikan kasus-kasus hukum di Rumah Sakit, terutama untuk kasus hukum pelayanan medis. Yang perlu diingat, banyak tenaga profesi kesehatan terjebak dalam kasus dugaan malapraktik kedokteran, karena kesalahan persepsi tentang malapraktik sebagai suatu tindak pidana sehingga mengakibatkan pelecehan profesi kesehatan dan hukum kesehatan yang dapat membahayakan pembangunan bidang kesehatan di Indonesia.

8.3 Saran operasional

8.3.1 Mengaktifkan kredensial di Rumah Sakit

Bagi dokter yang dinilai telah menurun kemampuan untuk memenuhi standar pelayanan minimalnya, maka panitia kredensial di Komite Medik RS wajib memberikan rekomendasi agar dokter tersebut mengikuti kursus-kursus penyegaran dan kegiatan magang. Dan demi keselamatan pasien, untuk sementara tidak diperkenankan menangani pasien sampai dinilai telah mampu melakukan sesuai standar pelayanan minimalnya.

8.3.2 Meningkatkan kualitas komunikasi dari Dokter

Melatih Dokter cara-cara berkomunikasi yang baik dengan mendatangkan pakar-pakar komunikasi. Salah satu kurikulum pengembangan komunikasi yang dipakai saat ini adalah *The Kalamazoo I Consensus Statement*, yang meliputi 7 langkah proses komunikasi:

- a. Membangun hubungan dokter dan pasien
- b. Membuka pembicaraan / diskusi
- c. Mengumpulkan informasi
- d. Mengerti perspektif pasien
- e. Berbagi informasi
- f. Mencapai persetujuan terhadap masalah dan rencana
- g. Menyampaikan penutup

8.3.3 Menyempurnakan SOP yang telah ada sesuai dengan perkembangan RS.

8.3.4 Perlu dilaksanakan koordinasi secara reguler dengan pihak media, agar pemberitaan mengenai kasus sengketa medis yang terjadi di Rumah Sakit dapat diberitakan secara berimbang dan proporsional dengan mengedepankan asas praduga tak bersalah.

8.3.5 Pihak RS harus senantiasa memelihara alat-alat kesehatannya agar dapat digunakan sesuai dengan standar yang telah ditentukan. Uji kalibrasi wajib dilakukan minimal setahun sekali.

8.3.6 Rumah Sakit harus memiliki pedoman untuk penanganan keluhan/ komplain di Rumah Sakit. Pedoman tersebut berisi langkah-langkah teknis tentang penanganan keluhan/

komplain sampai langkah-langkah teknis seandainya keluhan/komplain tersebut berkembang menjadi sengketa medis dan menjadi kasus hukum pelayanan medis di Rumah Sakit. Perlu dilakukan pelatihan yang berkesinambungan untuk Dokter dan Staf yang ditunjuk mengenai pedoman untuk penanganan keluhan/ komplain tersebut. Pelatihan tersebut setidaknya dilaksanakan dua kali dalam setahun untuk menyegarkan dan mengingatkan kembali kepada Dokter dan Staf yang ditunjuk.

8.3.7 Perundingan dengan pihak pasien / keluarga pasien

Berdasarkan pengalaman, maka untuk proses perundingan dengan pihak pasien/keluarga pasien, agar dicapai kesepakatan yang meminimalkan resiko kerugian pada Rumah Sakit, disarankan :

a. Peserta pertemuan

Dalam menangani kasus sengketa medis sebisa mungkin peserta pertemuan dibatasi hanya antara pihak manajemen RS (termasuk dokter yang terkait) dan pihak keluarga (yang benar-benar keluarga). Untuk jumlah peserta diharapkan berimbang antara ke dua belah pihak. Hal tersebut penting karena jumlah masing masing peserta pertemuan akan sangat mempengaruhi situasi dan warna pertemuan tersebut.

b. Tempat pertemuan

Tempat pertemuan diupayakan dilakukan di RS, untuk memberikan rasa percaya diri kepada pihak RS sebagai tuan rumah, agar pertemuan tersebut dapat memberikan solusi yang baik bagi kedua belah pihak.

c. Pembahasan

Pembahasan kasus sengketa medik haruslah dilakukan dengan hati-hati dan persiapan yang baik. Klarifikasi haruslah jelas dan terpadu, apalagi jika kasus tersebut melibatkan lebih dari satu orang dokter dan petugas terkait lainnya, seperti perawat, petugas lab, dll. Berikan kesempatan kepada keluarga pasien untuk mengungkapkan semua komplainnya, dan diklarifikasi dengan bahasa awam (hindari pemakaian istilah-istilah medis yang kurang dipahami oleh keluarga pasien).

d. Pengambilan keputusan

Pengambilan keputusan dilakukan dengan melihat dan mengobservasi situasi saat pembahasan. Untuk situasi tertentu yang kurang kondusif, pengambilan keputusan sebaiknya ditunda dan dapat dilanjutkan pada pertemuan berikutnya.

e. Menghadapi media

Dalam pertemuan, juga harus terdapat kesepakatan dalam memberikan informasi atau keterangan kepada media agar tidak terjadi polemik yang dapat dimanfaatkan oleh pihak ketiga untuk memperkeruh dan memanasi situasi. Bila belum didapati kesepakatan, sebaiknya ada komitmen dari kedua belah pihak untuk tidak memberikan informasi terlebih dahulu kepada media.

8.3.8 Sosialisasi mengenai liability

Sosialisasi kepada pihak terkait , mengenai tanggung jawab (liability) dari semua pihak yang terkait seandainya disepakati untuk memberikan ganti rugi kepada pasien / keluarganya.



DAFTAR PUSTAKA

Buku-buku :

1. Aditama, Tjandra Yoga : Manajemen Administrasi Rumah Sakit: Edisi Kedua, Jakarta : UI Press, 2004
2. Bungin Burhan : Metodologi Penelitian Kualitatif, PT Raja Grafindo Persada, Jakarta,2001.
3. Cahyono, JB Suharjo : Komunikasi, Fondasi Hubungan Dokter dan Pasien. *Ethical Digest* No 56 Thn VI Oktober 2008
4. Hanafiah,M.Jusuf & Amri Amir : Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan Edisi 3, CV.EGC,Jakarta,1999.
5. Harahap,M.Yahya : Penyidikan dan Penuntutan, Sinar Grafika,Jakarta,2003.
6. Hariyani, Safitri : Sengketa medik, Diadit Media, Jakarta, 2005.
7. Herkutanto : Penerapan Etik dan Aspek Medikolegal di Rumah Sakit, Dirjen Pelayanan Medik, Jakarta 1994.
8. Indriyanti Dewi, Alexandra : Etika dan hukum kesehatan. Pustaka Book Publisher, cetakan pertama, Agustus 2008.
9. Jayanti. Nusye KI : Penyelesaian hukum dalam malapraktik kedokteran, Pustaka Yustisia, cetakan pertama, 2009.
10. King,Joseph : The Law, of Medical Malpractice in a Nutshell, second edition,West Publishing Company, Minnesota,1986.
11. Koeswadji, Hermien Hadiati : Hukum Kedokteran (Studi Tentang Hubungan Hukum Dalam Mana Dokter Sebagai Salah Satu Pihak), Citra Aditya Bakti, Bandung,1998.
12. Komalawati, Veronica : Hukum dan Etika Dalam Praktek Dokter, Pustaka Sinar Harapan, Jakarta, 1989
13. Nasution. Bahder Johan : Hukum Kesehatan Pertanggungjawaban Dokter. PT Rineka Cipta, Jakarta,cetakan pertama, Mei 2005.
14. Notoatmodjo, Soekidjo : Metodologi Penelitian Kesehatan,PT Rineka Cipta,Jakarta,2010
15. Pedoman advokasi dan bantuan hukum dalam penanganan kasus hukum pelayanan medis RS Harapan Bunda Batam, 2004.

16. PERSI, Pedoman Etika Promosi Rumah Sakit, 2006.
17. Rakich, Jonathon S and Longest, Beaufort B and Darr Kurt, Managing Health Services Organizations, third edition, Health Professions Press, 1992.
18. Soekanto, Soerjono : Aspek Hukum Kesehatan, Penerbit IND-HILL-CO, Jakarta,1989
19. Supriadi, Wila Candrawila : Hukum Kedokteran, Mandar Maju, Bandung,2001.
20. Taylor, Robert J and Taylor, Susan B, The Aupha Manual of Health services Management, Aspen Publishers, Inc, 1994.

Makalah :

1. Lestari, Ngesti : Masalah Malpraktek, Etika dalam Praktek Dokter (Jejaring Biotika dan Humaniora), Kumpulan makalah seminar tentang etika dan hukum kedokteran, RSUD Dr Saiful Anwar, Malang, 2001.
2. Sampurno, Budi : Undang-Undang Perlindungan Konsumen dan Pelayanan Kesehatan Kedokteran, Makalah Seminar Problematika Undang-Undang Perlindungan Konsumen dalam Etika Profesi Medis, Jakarta,2001.
3. Seno Adji, Indriyanto : Malpraktek Medis : Standar Profesi & Pertanggungjawaban Pidana, Makalah, disampaikan pada “ Standar Profesi dalam Penerapan Undang-Undang Praktek Kedokteran, tanggal 18 Juni 2005 di Auditorium RSPAD Jakarta Pusat.
4. Guwandi,J : Siapa Bertanggung Jawab Yuridis ? Dokter,Rumah Sakit atau Pasien ? Makalah Hubungan Kerja Dokter-Rumah Sakit dalam kaitannya dengan Tanggung Jawab Hukum, Hotel Kartika Chandra, Jakarta, 1994.

Kamus :

1. Black, Henry Campbel : Black's Law Dictionary, Fifth edition, 1979.
2. Echols, John M. & Hassan Shadily : Kamus Inggris-Indonesia, Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.

Artikel :

A. Majalah

1. Hidayat, Nur : Hujan Gugatan Bangkrut Menjelang, Gatra, 13 Maret 2004

2. Mohammad, Kartono : Malpraktek Medis dan RUU Praktek Kedokteran, Tempo, Edisi 28 Maret 2004
3. Triana, Rita Budiarti,et.al : Rambu-Rambu Rimba Kedokteran, Gatra, 13 Maret 2004

B. Koran

1. Aditama, Tjandra Yoga : Malpraktek dan Clinical Governance, Kompas, , Sabtu,16 Oktober 2004.
2. Candraningrum,et.al : Sengketa Medis dan Hak Pasien, Koran Tempo, Minggu, 10 Oktober 2004.
3. Suhunan Situmorang : Pandangan terhadap suku Batak,Batak Pos, Sabtu,31 Juli 2010

Perundang-undangan :

A. Undang-undang

1. Indonesia, Undang-Undang No 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran. LN RI No. Tahun 2004
2. Indonesia, Undang-Undang No 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.LN RI No. Tahun 2009
3. Indonesia, Undang-Undang No 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. LN RI No. Tahun 2009

B. Peraturan Menteri

1. Departemen Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 434/MenKes/SKX/1983 tentang Berlakunya Kode Etik Kedokteran Indonesia bagi Dokter di Indonesia
2. Departemen Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Nomor 512/MenKes/Per/IV/2007 tentang Ijin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran
3. Departemen Kesehatan, Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Nomor 129/MenKes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
4. Departemen Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Nomor 269/MenKes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis
5. Departemen Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Nomor 290/MenKes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran.

PEDOMAN WAWANCARA

Informan :

1. Komite Medik RSHB
2. Manajemen RSHB
3. Dokter Spesialis lain yang sejenis
4. Pengurus IDI cabang Batam
5. Pengacara

Daftar Pertanyaan :

1. Apakah anda tahu mengenai kasus gugatan medis yang terjadi ? (kalau belum, pewawancara menceritakan kasus gugatan medis tersebut dan memperlihatkan rekam medis nya)
2. Apakah menurut anda dokter tersebut telah melaksanakan SOP yang benar ?
3. Apakah menurut anda dokter tersebut telah melakukan komunikasi yang baik dengan pasien/ keluarga pasien ?
4. Apakah dokter tersebut kompeten secara klinis untuk menangani pasien tersebut ?
5. Bagaimana saran anda agar kasus seperti tersebut tidak terulang pada masa yang akan datang ?