DISERTASI

PRINSIP TRANSPARANSI UNTUK MEWUJUDKAN KEADILAN DALAM PELAYANAN KESEHATAN DI RUMAH SAKIT

OLEH:

dr. CAROLINA KUNTARDJO, SpB., S.H., M.H.

NIM. 031917017301

PROGRAM DOKTOR PROGRAM STUDI ILMU HUKUM

FAKULTAS HUKUM UNIVERSITAS AIRLANGGA

SURABAYA

2022

PRINSIP TRANSPARANSI
UNTUK MEWUJUDKAN KEADILAN
DALAM PELAYANAN KESEHATAN DI RUMAH SAKIT

DISERTASI

Untuk Memperoleh Gelar Doktor Ilmu Hukum Pada Program Doktor
Program Studi Ilmu Hukum Fakultas Hukum Universitas Airlangga dan
Dipertahankan di Hadapan Penyanggah Ujian Terbuka
Pada Hari Rabu, 16 November 2022

dr. CAROLINA KUNTARDJO, SpB., S.H., M.H.
NIM. 031917017301

PROGRAM DOKTOR PROGRAM STUDI ILMU HUKUM
FAKULTAS HUKUM UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2022

LEMBAR PENGESAHAN

NASKAH DISERTASI INI TELAH DIUJI
PADA TANGGAL 16 NOVEMBER 2022

Oleh:
Promotor,

Prof. Dr. Agus Yudha Hernoko, S.H., M.H.
NIP. 196504191990021001

Kopromotor 1,

Dr. Astutik, S.H., M.H.
NIP. 196803031992032002

Kopromotor 2,

Dr. Ghanebam Anand, S.H., M.Ku.
NIP. 198401052014041003

Mengetahui:
Koordinator Program Doktor Program Studi Ilmu Hukum
Fakultas Hukum Universitas Airlangga

Prof. Dr. Agus Yudha Hernoko, S.H., M.H.
NIP. 196504191990021001

PROMOTOR DAN KOPROMOTOR

Promotor	: Prof. Dr. Agus Yudha Hernoko, S.H., M.H.
Ko Promotor 1	: Dr. Astutik, S.H., M.H.
Ko Promotor 2	: Dr. Ghansham Anand, S.H., M.Kn.

PENETAPAN PENGUJI DISERTASI TAHAP I (TERTUTUP)

Disertasi ini telah diuji pada Ujian Disertasi Tahap I (Tertutup)

Pada Tanggal 27 September 2022

PANITIA PENGUJI:

Ketua : Prof. Dr. Yohanes Sogar Simamora, S.H., M. Hum.

Promotor : Prof. Dr. Agus Yudha Hernoko, S.H., M.H.

Ko-Promotor 1: Dr. Astutik, S.H., M.H.

Ko-Promotor 2: Dr. Ghansham Anand, S.H., M.Kn.

Anggota : Dr. Sabir Alwy, S.H., M.H.

Dr. Sarwirini, S.H., M.S.

Dr. Bambang Sugeng Ariadi, S.H., M.H.

Ditetapkan dengan Surat Keputusan Dekan Fakultas Hukum Universitas Airlangga

Nomor : 684/UN3.1.3/KD/2022

Tanggal : 27 September 2022

PENETAPAN PENGUJI DISERTASI TAHAP II (TERBUKA)

Disertasi ini telah diuji pada Ujian Disertasi Tahap II (Terbuka)

Pada Tanggal 16 November 2022

PANITIA PENGUJI:

Ketua : Dr. Enny Narwati, S.H., M.H

Sekretaris : Dr. Sukardi, S.H., M.H

Promotor : Prof. Dr. Agus Yudha Hernoko, S.H., M.H.

Ko-Promotor 1: Dr. Astutik, S.H., M.H.

Ko-Promotor 2: Dr. Ghansham Anand, S.H., M.Kn.

Anggota : Prof. Dr. dr. Ahmad Yudianto, SpF.M. Subsp. S.B.M(K)., S.H., M. Kes.

Prof. Dr. Yohanes Sogar Simamora, S.H., M.Hum.

Prof. Dr. Tatiek Sri Djamiati, S.H., M.S.

Dr. Sarwirini, S.H., M.S.

Dr. Zahry Vandawati Chumaida, S.H., M.H.

Ditetapkan dengan Surat Keputusan Dekan Fakultas Hukum Universitas Airlangga

Nomor : 758/UN3.1.3/KD/2022

Tanggal : 7 November 2022

PERNYATAAN ORISINALITAS DISERTASI

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Carolina Kuntardjo

NIM : 031917017301

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Disertasi yang berjudul "Prinsip Transparansi Untuk Mewujudkan Keadilan Dalam Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit" adalah asli dan benar-benar hasil karya sendiri, dan bukan hasil karya orang lain dengan mengatasnamakan saya, serta buka merupakan hasil peniruan atau penjiplakan (plagiarism) dari hasil karya orang lain. Disertasi ini belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik baik di Universitas Airlangga, maupun di Perguruan Tinggi lainnya. Dalam Disertasi ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dengan disebutkan nama pengarang dan dicantumkan dalam daftar kepustakaan.

Pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya tulis Disertasi ini, serta sanksi-sanksi lainnya sesuai dengan norma pengaturan yang berlaku di Universitas Airlangga.

Surabaya, 16 November 2022

Yang membuat pernyataan,

Carolina Kuntardjo

NIM. 031917017301

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Kasih karena atas karunia dan rahmatNya maka disertasi ini dapat saya selesaikan. Disertasi dengan judul "Prinsip Transparansi Untuk Mewujudkan Keadilan Dalam Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit" ini dipilih karena saat ini makin banyak terjadi konflik dalam pelayanan kesehatan khususnya antara dokter dan pasien yang diawali dengan diabaikannya prinsip transparansi di antara keduanya.

Ucapan terima kasih dan rasa hormat yang setinggi-tingginya saya haturkan kepada Promotor saya Prof. Dr. Agus Yudha Hernoko, S.H., M.H., Ko-Promotor 1 Dr. Astutik, S.H., M.H., dan Ko-Promotor 2 Dr. Ghansham Anand, S.H., M.Kn. atas segala bimbingan, arahan, motivasi, dan nasihat yang telah diberikan sehingga saya dapat menyelesaikan penyusunan disertasi ini. Ucapan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya juga disampaikan pada :

1. Rektor Universitas Airlangga Prof. Dr. Mohammad Nasih, S.E., M.T.,Ak.
2. Dekan Fakultas Hukum Universitas Airlangga Imam Prihandono, S.H., M,H., LL.M., Ph.D., Dekan Fakultas Hukum Universitas Airlangga periode 2018-2020 Prof. Nurul Barizah, S.H., LL.M., Ph.D.
3. Koordinator Program Studi S3 Ilmu Hukum Universitas Airlangga Prof. Dr. Agus Yudha Hernoko, S.H., M.H. serta Sekretaris Program Studi S3 Ilmu Hukum Universitas Airlangga Dr. Ghansham Anand, S.H., M.Kn. Koordinator Program Studi S3 Ilmu Hukum Universitas Airlangga dan Sekretaris Program Studi S3 Ilmu Hukum Universitas Airlangga periode 2015-2020 Prof. Dr. Sri

Hajati, S.H., M.S. dan Dr. Lina Hastuti, S.H., M,H. beserta seluruh civitas akademika Fakultas Hukum Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk menimba ilmu di Fakultas Hukum Universitas Airlangga dan telah memberikan bekal ilmu yang tak ternilai.

4. Penasehat akademik saya Dr. Trisadini Prasastinah Usanti, S.H., M.H yang telah banyak membantu saya di masa awal menjalani pendidikan S3 serta kepada Prof. Dr. Yohanes Sogar Simamora, S.H., M. Hum. yang sangat saya hormati yang banyak memberi arahan kepada saya.
5. Para Pengajar Program Doktor Ilmu Hukum yang sangat luar biasa: Prof. Dr. Peter Mahmud Marzuki, S.H., M.S., LL.M., Prof. Dr. Frans Limahelu, S.H., M.S., LL.M., Prof. Dr. Drs. Abd Shomad, S.H., M.H., Prof. Nurul Barizah, S.H., LL.M., Ph.D., Prof. Dr. M. Hadi Shubhan, S.H., M.H., C.N., Dr. Aktieva Tri Tjiitrawati, S.H., M. Hum.
6. Rekan-rekan S3 Ilmu Hukum Universitas Airlangga Angkatan 2019 atas kebersamaan selama menjalani pendidikan di S3 ini serta kepada sahabat saya Dr. Ninis Nugraheni, S,H., M.H. yang selalu memberikan semangat dan dorongan dalam menyelesaikan disertasi saya. Tak lupa pula kepada rekan-rekan Pengurus HIMA S3 Ilmu Hukum.
7. Sekretariat S3 Ilmu Hukum Ibu Harmi dan Ibu Nisa yang selalu membantu dan memberikan informasi untuk kelancaran studi saya.
8. Segenap pimpinan dan civitas akademika Universitas Wisnuwardhana Malang, khususnya kepada Rektor Prof. Dr. Suko Wijono, S.H., M.H, dan jajarannya, Direktur Pascasarjana Prof. Dr. H. Soenyono, S.H., M.Si, Kaprodi S2 ilmu

hukum Dr. Imam Ropi'I, S.H., M.H. dan Bagian Akademik dan Kemahasiswaan Program Studi Magister Ilmu Hukum Ibu Sulis Rahayu, S.H., M,H.

9. Pimpinan Jimly School Law and Government Surabaya Dr. Hesti Armiwulan, S,H., M.H. dan Prof. Dr. Mohammad Khoirul Huda, S,H., M.H.
10. Keluarga saya tercinta, suami saya dr. Freddy, SpB., Subsp. BD (K), M.H., yang telah memberikan kesempatan sebesar-besarnya kepada saya untuk selalu menempuh pendidikan dan meraih cita-cita serta mendampingi dalam melewati beratnya masa pendidikan S3. Kepada kedua anak saya tercinta Davian Alfred dan Donello Alfred ingatlah bahwa belajar adalah sesuatu yang tidak akan pernah ada habisnya serta ingatlah untuk menjadi yang terbaik di manapun kalian berada. Ucapan terima kasih saya haturkan kepada kedua orang tua tercinta, dr. Hendro Kuntardjo dan dr. Irma Noviarti, pesan beliau berdua bahwa bekal ilmu adalah bekal yang tidak akan pernah habis dan akan selalu berguna selamanya tidak akan pernah terlupakan. Demikian juga terima kasih untuk adik saya tercinta yang selalu mendukung saya drg. Agustina Kuntardjo, Sp. Prost., dr. Eko Wibowo, serta keponakan tersayang Edward, Jordan, dan Reygan. Kepada tante saya yang juga membuat saya hingga seperti saat ini dan kembali menghadap Tuhan pada saat saya menjalani ujian tertutup.
11. Terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan dalam menyelesaikan disertasi ini yang tidak bisa saya sebutkan satu per-satu.

Akhir kata tentunya disertasi ini masih jauh dari sempurna dan hanyalah sebuah titik di antara luasnya ilmu hukum kesehatan yang ada. Besar harapan saya karya ini dapat membawa manfaat bagi kita semua.

Surabaya, November 2022

Carolina Kuntardjo

SUMMARY

Article 28H of the 1945 Constitution of the Republic of Indonesia mandates that every Indonesian citizen has the right to live in physical and spiritual prosperity including the right to obtain health services as also stated in the Universal Declaration of Human Rights. The right to obtain health services for everyone is the responsibility of the state.

The pattern of the relationship between doctors and patients in health services, which was originally vertical with a paternalistic pattern where doctors are in a higher position because of their knowledge and skills compared to patients, has now shifted to being horizontal in the form of modern paternalistic which is characterized by patient autonomy and patient autonomy. doctor. Doctors are responsible for using all their abilities in serving patients, for the welfare of patients and for the benefit of patients in achieving their goals or life plans. So that in modern paternalistic doctors have an obligation to use this knowledge to realize the patient's right to make his own decisions (right to self-determination).

Communication based on openness is the basis of the doctor-patient relationship. The lack of implementation of the process of exchanging information in equal medical services between doctors and patients is often caused by patients feeling that doctors are not open in providing information or using medical language that is difficult to understand, while doctors feel that patients will not understand even though they have been given an explanation about the disease and the actions to be taken. conducted. This condition causes legal cases to arise

because of the gap in position, the lack of good communication between doctors and patients, and the lack of transparency in the provision of information, so it is necessary to discuss the issue of the nature of the principle of transparency in health services and the formulation of the principle of transparency in health services.

Justice does not mean equality, although equality is the most important element of justice. Equality is not considered equal, but is adjusted to the conditions and qualifications of each party. This situation is known as proportional equality. According to John Rawls, there needs to be a balance between personal interests and common interests as well as the concept put forward, namely justice as a fairness. Rawls argues that freedom takes precedence over equality which appears in informed consent as a form of autonomy. The theory of justice according to Amartya Sen is known as the "capability approach" which also considers the freedom to own and use things and their rights so that they are useful. Sen prioritizes respect for person in human relations. Martha Nussbaum adds another element in the concept of justice, which is more appropriate in the doctor-patient relationship which has its own specialty, not only as a form of contractual relationship. A fair relationship does not only think about "mutual advantage" but the relationship between humans is still related to the elements of love and pity. Justice based on the principle of proportionality allows for a free exchange of ideas which in the end both parties will reach a mutual agreement, which reflects the interests of all parties, namely the autonomy of each party (doctor and patient). which is more appropriate in the doctor-patient relationship which has its own specificity, not only as a form of contractual relationship. A fair relationship does

not only think about "mutual advantage" but the relationship between humans is still related to the elements of love and pity. Justice based on the principle of proportionality allows for a free exchange of ideas which in the end both parties will reach a mutual agreement, which reflects the interests of all parties, namely the autonomy of each party (doctor and patient). which is more appropriate in the doctor-patient relationship which has its own specificity, not only as a form of contractual relationship. A fair relationship does not only think about "mutual advantage" but the relationship between humans is still related to the elements of love and pity. Justice based on the principle of proportionality allows for a free exchange of ideas which in the end both parties will reach a mutual agreement, which reflects the interests of all parties, namely the autonomy of each party (doctor and patient).

Health services consist of two major parts, namely public health services and individual health services. Health information, health efforts, and health resources are important elements in health management. Quality in health services is important because maintaining good quality will ensure patient safety. Individual health efforts, which in this paper are referred to as medical services, of course have the main object, namely the health service provider in this case the doctor and the recipient of health services, namely the patient. WHO has a "health for all" program that focuses on the quality of health services with an emphasis on effectiveness, safety, and patient center care. Professional human resources who can carry out health services professionally and well are expected to support a

culture of transparency and accountability. Health services are realized through medical efforts in the form of promotive, preventive, curative and rehabilitative.

All actions starting from establishing a diagnosis that aims to determine therapy to the time of giving therapy must meet the notion of therapeutic, namely improving the patient's condition. The professionalism of a doctor must always be used based on medical standards used by doctors in general. In performing medical services, a doctor must be guided by medical ethics determined by professional organizations in the form of a code of ethics. The basis of medical ethics as stated by Childress and Beauchamp are autonomy, beneficence, non-malficence, justice. These four principles are used as guidelines in ethical dilemmas where decision making must also consider prima facie.

The doctor-patient relationship is a form of agreement that begins onThe pre-contractual stage has begun when the patient comes to a hospital to seek help. As with other forms of contract, the contract between doctor and patient must also be able to realize justice and accommodate the exchange of interests proportionally for both doctors and patients. Informed consent as a form of contract must really pay attention to the principle of transparency from both the patient and the doctor because the success of the doctor-patient relationship in terms of treatment is based on cooperation based on trust.

Transparency cannot be separated from the elements of clear, simple, and plain. Likewise, transparency in the doctor-patient relationship. When associated with the informed consent process, transparency will facilitate the decision-making process.Transparency also has a detrimental risk if the information submitted is

incomplete, inaccurate, not updated, or confusing. Transparency shows integrity in doing work, accountability and responsibility. Transparency is different from openness (disclosure). Transparency in the doctor-patient relationship can be a targeted transparency. Transparency is an active process in providing information, in contrast to openness which is defined as the disclosure of something that was not initially disclosed. Openness in appropriate health services is in the form of selective disclosure which is manifested by openness to the hospital's vision and mission, services provided by doctors and hospitals, and the inclusion of hospital accreditation status so that patients can make their choices.

Transparency of information from doctors to patients is important in realizing patient autonomy. Likewise, in the case of a second opinion, it must also be conveyed openly to the patient. Providing transparent information in team work will give better results in terms of Interprofessional Shared Decision Making. Transparency of patients in conveying everything about their disease will greatly support the success of therapy by doctors even though there are no transparency guidelines that must be given by patients.

Some things that must be conveyed openly to patients in informed consent are called elements of disclosure, at least covering the causes and goals of therapy, benefits and risks, as well as other available alternatives. The principle in providing information is how much this information should be given openly to the patient, too much information can be as harmful as too little. Giving informed consent must be done by the doctor in charge of the patient or the doctor who will take the action. In carrying out informed consent, doctors and patients must have met before

through previous consultations in the realm of the doctor-patient relationship. The form of informed consent does not have to be the same but must meet the minimum elements specified and meet the standards for reading.

Hospitals as a form of corporation are of course always related to the principles of good governance. Hospital management must apply the principles of Good Corporate Governance and Good Clinical Governance so as to create an effective, efficient, and accountable hospital organization. Application Good Corporate Governance within the hospital institution is manifested in the form of hospital internal regulations which consists of corporate bylaws and medical staff bylaws, and can be added with clinical staff bylaws according to hospital needs.

The development of the current situation, for example in the case of the Covid-19 pandemic, national health insurance, and telemedicine brings dynamics in the implementation of transparency in doctor-patient relations in particular. This does not mean that the transparency carried out has different standards, but it must always be carried out in accordance with existing conditions while still being based on generally accepted standards while still taking into account the elements of medical ethics. Violation of the principle of transparency will bring sanctions in the fields of administrative, civil and criminal law.

The cases analyzed in this study generally clearly show that the cause of conflicts that lead to medical disputes between doctors and patients is a violation of the principle of transparency. Informed consent that does not meet the standards poses a risk of not meeting the specified elements. The existence of witnesses in the process of signing the informed consent still does not have clear guidelines, as well

as transparency from the patient's perspective, the extent to which this disclosure must be carried out. Determination of the proficient age in the process of providing information, including the signing of informed consent, is still not written in the lex specialist, so it is often a debate. Mediation in medical disputes as required by laws and regulations has unique characteristics compared to mediation in other respects, so special arrangements are needed both in terms of process and in terms of mediators. These things should be considered in legal reform, especially in the health sector to achieve justice for doctors and patients in health services.

The conclusion of this study is that the principle of transparency is characterized by an obligation to provide information actively from one party to another (and vice versa). The principle of transparency in the doctor-patient relationship is in the form of targeted transparency, namely openness to specific matters and aims for the benefit of the patient, in this case the doctor must consider the patient's condition in conveying information because of the therapeutic privilege. Transparency must still pay attention to the elements of non-maleficence medical ethics. Openness in health services is characterized by selective disclosure in the form of delivery of types of hospital services including doctors and hospital accreditation so that people can make choices in choosing health services. The application of unlimited disclosure will lead to the emergence of defensive medicine. Hospital management must apply the principles of Good Corporate Governance and Good Clinical Governance, one of which is by making hospital bylaws consisting of corporate bylaws, medical staff bylaws, and clinical staff bylaws can be added. Standardization of informed consent in health services still

does not meet the principle of transparency, as well as the regulation on the obligations of the parties in the transparency of communication. Violation of the principle of transparency has legal consequences that doctors are still not fully aware of.

There needs to be an increase in medical ethics and legal education for health workers in general and medical personnel in particular so that they better understand transparency in health services. The formulation of the principle of transparency in health services can be in the form of standardizing what elements must be in informed consent which reflects the transparency of information but does not mean that it is in the same form, for example related to legibility, validity period, witnesses, and informed consent in special situations. This can be done by updating the Regulation of the Minister of Health of the Republic of Indonesia Number 290/Menkes/Per/III/2008 concerning Approval of Medical Actions. There is still a need for more specific arrangements related to therapeutic transactions, arrangements regarding information disclosure and legal consequences for doctors and patients, and also standardization about hospital bylaws.

RINGKASAN

Pasal 28H Undang-Undang Dasar negara Republik Indonesia Tahun 1945 mengamanatkan bahwa setiap warga negara Indonesia berhak untuk hidup sejahtera lahir dan batin termasuk berhak memperoleh pelayanan kesehatan sebagaimana halnya juga dinyatakan dalam *Universal Declaration of Human Right*. Hak untuk mendapat pelayanan kesehatan bagi setiap orang merupakan tanggung jawab negara.

Pola hubungan dokter dan pasien di dalam pelayanan kesehatan yang pada mulanya bersifat vertikal dengan pola paternalistik dimana dokter berada pada posisi yang lebih tinggi karena faktor pengetahuan dan ketrampilannya dibandingkan dengan pasien, saat ini telah bergeser mernjadi bersifat horizontal berupa *modern paternalistic* yang diwarnai oleh otonomi pasien dan dokter. Dokter bertanggung jawab untuk menggunakan seluruh kemampuannya dalam melayani pasien, demi kesejahteraan pasien dan untuk kepentingan pasien dalam mencapai tujuan atau rencana hidupnya. Sehingga dalam *modern paternalistic* dokter mempunyai kewajiban untuk menggunakan pengetahuannya tersebut untuk mewujudkan hak pasien dalam mengambil keputusan sendiri *(right to self determination).*

Komunikasi yang berlandaskan keterbukaan merupakan dasar dari hubungan dokter dan pasien. Kurang terlaksananya proses pertukaran informasi dalam pelayanan medis yang setara antara dokter dan pasien seringkali disebabkan karena pasien merasa dokter tidak terbuka dalam memberikan informasi atau

menggunakan bahasa medis yang sulit dipahamai, sedangkan dokter merasa pasien tidak akan mengerti walaupun sudah diberikan penjelasan tentang penyakit dan tindakan yang akan dilakukan. Kondisi ini menyebabkan timbulnya kasus hukum karena adanya kesenjangan posisi, tidak terwujudnya komunikasi yang baik antara dokter dan pasien, dan kurangnya transparansi dalam pemberian informasi, sehingga perlu dibahas masalah hakikat prinsip transparansi dalam pelayanan kesehatan dan formulasi prinsip transparansi dalam pelayanan kesehatan. Penelitian ini menggunakan pendekatan perundang-undangan, pendekatan konseptual dengan mempelajari dan merujuk pada prinsip, doktrin dalam ilmu hukum guna menemukan konsep hukum yang relevan dengan isu yang dihadapi terkait prinsip transparansi dan keadilan dalam pelayanan kesehatan, pendekatan perbandingan dengan membandingkan prinsip transparansi, konsep relasi dokter-pasien yang berkeadilan di negara Belanda, Amerika Serikat, dan Malaysia, serta menggunakan pula pendekatan kasus dengan menelaah kasus yang terkait prinsip transparansi sehingga menemukan *ratio decidendi* hakim dalam kasus tersebut.

Keadilan *(justice)* bukan berarti persamaan *(equality)* meskipun persamaan merupakan unsur terpenting dari keadilan. Persamaan tidak dianggap sebagai sama rata, tetapi disesuaikan dengan kondisi dan kualifikasi masing-masing pihak. Keadaan inilah yang disebut sebagai persamaan yang proporsional *(proportionate equality)*. Menurut John Rawls, perlu ada keseimbangan antara kepentingan pribadi dan kepentingan bersama sebagaimana halnya konsep yang dikemukakan yaitu *justice as a fairness*. Rawls berpendapat bahwa kebebasan adalah yang lebih diutamakan dibandingkan dengan kesetaraan yang nampak di dalam *informed*

consent sebagai suatu bentuk otonomi. Teori keadilan menurut Amartya Sen dikenal dengan *"capability approach"* yang juga mempertimbangkan kebebasan *(freedom)* untuk memiliki dan menggunakan sesuatu serta haknya sehingga bermanfaat. Sen mengutamakan *respect for person* dalam hubungan antar manusia. Martha Nussbaum menambahkan unsur lain dalam konsep keadilan, yang lebih sesuai dalam hubungan dokter dan pasien yang mempunyai kekhususan tersendiri tidak hanya sebagai suatu bentuk hubungan kontraktual. Hubungan yang adil tidak hanya memikirkan *"mutual advantage"* tetapi hubungan antara manusia masih terkait dengan unsur cinta dan belas kasihan *(love and pity).* Keadilan berdasarkan asas proporsionalitas memungkinkan adanya pertukaran gagasan secara bebas yang pada akhirnya kedua belah pihak akan mencapai kesepakatan bersama, yang merefleksikan kepentingan semua pihak yakni otonomi masing-masing pihak (dokter dan pasien).

Pelayanan kesehatan terdiri dari dua bagian besar yaitu pelayanan kesehatan masyarakat dan pelayanan kesehatan perorangan. Informasi kesehatan, upaya kesehatan, dan sumber daya kesehatan merupakan salah satu unsur penting dalam pengelolaan kesehatan. Mutu dalam pelayanan kesehatan merupakan hal yang penting karena mempertahankan mutu yang baik akan menjamin keselamatan pasien. Upaya kesehatan perorangan yang dalam tulisan ini disebut sebagai pelayanan medik tentunya mempunyai objek utama yaitu pemberi layanan kesehatan dalam hal ini dokter dan penerima layanan kesehatan yaitu pasien. WHO mempunyai program *"health for all"* yang berfokus pada kualitas pelayanan kesehatan dengan menititberatkan pada efektif, aman, dan berfokus pada pasien

(patient centre care). Sumber daya manusia yang profesional yang dapat melaksanakan pelayanan kesehatan secara profesional dan baik diharapkan menunjang budaya transparansi dan akuntabilitas. Pelayanan kesehatan diwujudkan dengan upaya medis yang berupa promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

Semua tindakan mulai dari penegakan diagnosa yang bertujuan untuk menentukan terapi hingga saat pemberian terapi harus memenuhi pengertian dari terapeutik yaitu memperbaiki keadaan pasien. Profesionalitas seorang dokter harus selalu digunakan berdasarkan standar medis yang digunakan oleh dokter pada umumnya. Dalam melakukan pelayanan medis seorang dokter harus berpedoman pada etika medis yang ditentukan oleh organisasi profesi dalam bentuk kode etik. Dasar dari etika medis seperti halnya yang dikemukakan oleh Childress and Beauchamp yaitu *autonomy, beneficence, nonmalficence, justice.* Keempat prinsip inilah yang dipakai sebagai pedoman dalam keadaan dilema etis yang pengambilan keputusannya juga harus mempertimbangkan *prima facie*.

Hubungan dokter dan pasien merupakan suatu bentuk kesepakatan yang dimulai pada tahap prakontraktual sudah dimulai pada saat pasien datang ke suatu rumah sakit untuk mencari pertolongan. Sebagaimana bentuk kontrak yang lain maka kontrak antara dokter dan pasien juga harus dapat mewujudkan keadilan dan mewadahi pertukaran kepentingan secara proporsional baik bagi dokter maupun pasien. *Informed consent* sebagai suatu bentuk kontrak harus benar-benar memperhatikan asas transparansi baik dari pasien maupun dokter karena keberhasilan relasi dokter dan pasien dalam hal pengobatan adalah berdasarkan kerja sama yang dilandasi dengan kepercayaan.

Transparansi tidak lepas dari unsur *clear, simple*, dan *plain*. Demikian juga halnya dengan transparansi dalam hubungan dokter dan pasien. Apabila dikaitkan dengan proses *informed consent*, maka adanya transparansi akan memudahkan proses pengambilan keputusan atau *decision making*. Transparansi juga mempunyai risiko yang merugikan apabila informasi yang disampaikan tidak lengkap, tidak akurat, tidak diperbaharuhi, atau membingungkan. Transparansi menunjukkan integritas dalam melakukan pekerjaan, akuntabilitas, dan tanggung jawab. Transparansi berbeda dengan keterbukaan *(disclosure)*. Transparansi dalam relasi dokter dan pasien dapat merupakan *targeted transparency* Transparansi adalah suatu proses aktif dalam pemberian informasi, berbeda dengan keterbukaan yang diartikan sebagai pengungkapan sesuatu yang awalnya tidak terbuka. Keterbukaan dalam pelayanan kesehatan yang sesuai adalah berupa *selective disclosure* yang diwujudkan dengan keterbukaan akan visi misi rumah sakit, pelayanan yang dilakukan oleh dokter dan rumah sakit, serta pencantuman status akreditasi rumah sakit sehingga pasien dapat menentukan pilihannya.

Transparansi informasi dari dokter kepada pasien penting dalam mewujudkan otonomi pasien. Demikian juga halnya dalam hal *second opinion* juga harus disampaikan secara terbuka kepada pasien. Memberikan informasi yang transparan secara *teamwork* akan memberikan hasil yang lebih baik dalam hal *Interprofessional Shared Decision Making.* Transparansi pasien dalam menyampaikan segala sesuatu tentang penyakitnya akan sangat menunjang dalam keberhasilan pemberian terapi oleh dokter meski belum ada pedoman transparansi yang harus diberikan oleh pasien.

Beberapa hal yang harus disampaikan secara terbuka pada pasien dalam *informed consent* disebut dengan *elements of disclosures,* minimal meliputi sebab dan tujuan terapi, keuntungan dan risiko, serta alternatif lain yang tersedia. Prinsip dalam pemberian informasi adalah seberapa banyak informasi ini harus diberikan secara terbuka kepada pasien, *too much information can be as harmful as too little.* Pemberian *informed consent* harus dilakukan oleh dokter penanggungjawab pasien tersebut atau dokter yang akan melakukan tindakan. Dalam melakukan *informed consent* dokter dan pasien harus pernah bertemu sebelumnya melalui konsultasi sebelumnya dalam ranah relasi dokter-pasien. Bentuk *informed consent* tidak harus sama namun harus memenuhi unsur minimal yang ditentukan serta memenuhi standar layak baca. Penentuan masa berlaku dan kapan harus dilakukan *informed consent* selayaknya juga ditetapkan sehingga terdapat pedoman yang sama.

Rumah sakit sebagai suatu bentuk korporasi tentunya juga selalu berhubungan dengan prinsip *good governance*. Penyelenggaraan rumah sakit harus menerapkan prinsip tata kelola perusahaan yang baik *(Good Corporate Governance)* dan tata kelola klinis yang baik *(Good Clinical Governance)* sehingga terwujud organisasi Rumah Sakit yang efektif, efisien, dan akuntabel. Penerapan tata kelola perusahaan yang baik di dalam institusi rumah sakit terwujud dalam bentuk peraturan internal rumah sakit yang terdiri dari peraturan internal organisasi rumah sakit dan peraturan internal staf medis, serta dapat ditambahkan dengan peraturan internal staf klinis sesuai dengan kebutuhan rumah sakit.

Perkembangan situasi yang terjadi saat ini misalnya dalam hal terjadinya pandemi Covid-19, jaminan kesehatan nasional, dan *telemedicine* membawa

dinamika dalam implementasi transparansi dalam relasi dokter dan pasien pada khususnya. Bukan berarti transparansi yang dilaksanakan mempunyai standar yang berbeda, namun harus selalu dilakukan sesuai dengan kondisi yang ada dengan tetap berlandaskan pada standar yang berlaku pada umumnya dengan tetap memperhatikan unsur etika medis. Pelanggaran prinsip transparansi akan membawa sanksi dalam bidang hukum administrasi, perdata, maupun pidana.

Kasus yang dianalisa pada penelitian ini pada umumnya jelas menampakkan bahwa penyebab timbulnya konflik yang berujung pada sengketa medis antara dokter dan pasien adalah terjadinya pelanggaran prinsip transparansi. *Informed consent* yang tidak memenuhi standar menimbulkan risiko tidak dipenuhinya unsur-unsur yang ditentukan. Keberadaan saksi dalam proses penandatanganan *informed consent* masih belum mempunyai pedoman yang jelas, demikian juga halnya transparansi dari sisi pasien masih belum ditentukan sejauh mana keterbukaan ini harus dilakukan. Penentuan usia cakap dalam proses pemberian informasi termasuk dalam penandatanganan *informed consent* masih belum tertulis di dalam *lex specialis* sehingga seringkali menjadi perdebatan. Mediasi dalam sengketa medis sebagaimana diwajibkan dalam peraturan perundang-undangan mempunyai ciri khas dibandingkan dengan mediasi dalam hal lain, sehingga perlu pengaturan khusus baik dalam hal proses maupun dalam hal mediator. Hal-hal tersebut patut dipertimbangkan dalam pembaruan hukum terutama dalam bidang kesehatan untuk mewujudkan keadilan bagi dokter dan pasien dalam pelayanan kesehatan.

Kesimpulan dari penelitian ini adalah relasi dokter-pasien mengalami pergeseran dari vertikal yaitu paternalistik menjadi horizontal yaitu *modern*

paternalistic yang bernuansa otonomi. Relasi dokter-pasien yang proporsional dapat terwujud melalui transparansi dalam pemberian informasi. Ciri prinsip transparansi dalam pelayanan kesehatan adalah adanya kewajiban memberikan informasi secara aktif dari satu pihak ke pihak lain dan sebaliknya, namun dokter harus mempertimbangkan kondisi pasien dengan memperhatikan unsur etika medis *non maleficence* serta kerahasiaan sesuai peraturan yang berlaku. Transparansi dalam relasi dokter-pasien bersifat wajib bagi dokter dan pasien terwujud dalam proses *informed consent*. Prinsip transparansi merupakan *fiduciary obligation* dokter dan terkait dengan prinsip itikad baik. Unsur jelas, singkat, dan komprehensif di dalam prinsip transparansi menunjukkan akuntabilitas dokter dalam pelayanan kesehatan. Tindakan yang dilakukan dokter harus memenuhi standar yang ada di dalam pedoman-pedoman yang dapat diakses pasien serta dapat dipertanggungjawabkan. *Informed consent* saat ini telah memenuhi unsur singkat, namun unsur jelas dan komprehensif masih belum terpenuhi. Transparansi pasien masih belum sepenuhnya terwujud dalam relasi dokter-pasien. Pengaturan prinsip transparansi antara dokter dan pasien sudah diatur di dalam beberapa peraturan perundang-undangan namun masih belum jelas sehingga masih menimbulkan *gap* di dalam pelaksanaannya.

Prinsip tata kelola perusahaan yang baik *(Good Corporate Governance)* dan tata kelola klinis yang baik *(Good Clinical Governance)* dalam penyelenggaraan rumah sakit bertujuan untuk mewujudkan organisasi rumah sakit yang efektif, efisien, dan akuntabel. Hal ini diwujudkan dengan pembentukan peraturan internal rumah sakit yang terdiri dari peraturan internal organisasi rumah sakit dan peraturan

internal staf medis, serta peraturan internal staf klinis apabila diperlukan. Peraturan internal rumah sakit belum diformulasikan memenuhi prinsip transparansi, antara lain dalam hal *informed consent* yang masih belum dapat menjamin *patient safety* dan dapat berisiko merugikan pasien namun juga harus dapat memberikan perlindungan hukum bagi dokter. Formulasi prinsip transparansi dalam *informed consent* masih belum tampak dan standardisasi *informed consent* dalam pelayanan kesehatan masih belum memadai, demikian juga dengan pengaturan tentang hak dan kewajiban para pihak dalam transparansi komunikasi. Dokter masih belum menyadari bahwa kasus hukum yang banyak terjadi pada umumnya disebabkan karena pelanggaran prinsip transparansi dalam *informed consent*.

Pemahaman prinsip transparansi dalam pelayanan kesehatan harus sudah mulai dibentuk sejak seseorang mengikuti pendidikan sebagai tenaga kesehatan. Oleh karena itu pendidikan etika medis dan hukum bagi tenaga medis sangat penting baik secara formal melalui perbaikan desain kurikulum pendidikan maupun secara informal dengan mewajibkan materi tentang etika dan hukum dalam setiap pertemuan ilmiah. Prinsip transparansi dalam komunikasi antara dokter dan pasien termasuk di dalamnya hak akses atas informasi kesehatan harus tertuang di dalam produk hukum terkait pelayanan kesehatan. Formulasi prinsip transparansi harus tertuang di dalam Undang-Undang Praktik Kedokteran, Undang-Undang Rumah Sakit, atau minimal dalam Peraturan Pemerintah sehingga mempunyai kekuatan hukum mengikat misalnya dengan menambahkan pada pasal yang sudah ada tentang penjelasan apa saja yang harus diberikan termasuk dalam hal masa berlakunya *informed consent* dan menambahkan pasal tentang poin minimal yang

harus ada dalam form *informed consent* yang mencerminkan prinsip transparansi. Standardisasi form *informed consent* bukan dalam bentuk yang sama, namun harus mencakup transparansi dalam poin-poin yang sama serta memenuhi syarat tertentu sesuai dengan "anatomi/*outline informed consent*" yaitu : judul dan nama tindakan, identitas dokter dan pasien (terkait dengan kecakapan dan kewenangan), pernyataan dokter tentang dasar penegakan diagnosis, indikasi tindakan, alternatif tindakan, risiko tindakan, prognosis, jenis pembiusan, penjelasan tentang akses dokumen/leaflet tambahan, pernyataan pasien telah mendapat informasi dan memahaminya, waktu, tanda tangan para pihak, saksi, pernyataan tentang pembatalan *informed consent* jika diperlukan.

ABSTRACT

The relationship between doctors and patients in health services is currently changing from a vertical pattern based on paternalism to a horizontal pattern. Patient has right to health care, which cannot be separated from the right to obtain information and the right to self-determination. Openness in the form of transparency is one of the efforts to realize rights and obligations of doctors and patients. With transparency, it is expected that legal protection and justice will be realized for doctors and patients and to reduce the risk of conflict in the doctor-patient relationship. The purpose of transparency is for the sake of patients' safety and also the health care professionals' safety. The type of research in this paper is normative juridical by using the legislation approach, the concept approach, and the comparative approach. It turned out that transparency which begins with trust and good communication is the main thing in the doctor-patient relationship. However, there is still a lack of norms governing transparency and communication in the doctor-patient relationship. The lack of transparency is often a source of conflict in the form of medical disputes. Transparency in the doctor-patient relationship cannot be contradicted with confidentiality. Transparency is prioritized to realize patients' safety but in its implementation must still pay attention to medical ethics. Effective communication that starts from trust will lead to transparency to create justice for both doctors and patients.

***Key words** : Transparency, Doctor-patient relationship, Patient safety, Justice*

ABSTRAK

Relasi dokter dan pasien dalam pelayanan kesehatan saat ini mengalami perubahan dari pola vertiKal yang berlandaskan paternalistik menjadi pola yang horizontal. Salah satu contoh dari pihak pasien adalah hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan *(right to health care)* yang tidak dapat dilepaskan dari hak untuk mendapatkan informasi *(the right to information)* dan hak untuk menentukan nasib sendiri *(the right to self determination)*. Keterbukaan dalam bentuk transparansi merupakan salah satu upaya untuk mewujudkan hal tersebut di atas. Dengan adanya transparansi diharapkan akan mewujudkan perlindungan hukum dan keadilan bagi dokter maupun pasien serta untuk mengurangi risiko terjadinya konflik dalam hubungan dokter dan pasien. Tujuan dari transparansi tentunya adalah demi keselamatan pasien *(patient safety)* dan juga keselamatan tenaga medis *(health care professional safety).* Tipe penelitian dalam penulisan ini adalah yuridis normatif dengan menggunakan pendekatan perundang-undangan, pendekatan konsep, pendekatan perbandingan, dan pendekatan kasus. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa transparansi yang diawali dengan kepercayaan dan komunikasi yang baik merupakan hal yang utama dalam relasi dokter dan pasien. Namun saat in masih terdapat kekaburan norma yang mengatur transparansi dan komunikasi dalam relasi dokter dan pasien, sehingga kurangnya transparansi seringkali menjadi sumber konflik berupa sengketa medis.Transparansi dalam relasi dokter-pasien tidak dapat dipertentangkan dengan kerahasiaan. Transparansi diutamakan untuk keamanan pasien yang dalam pelaksanannya harus memperhatikan etika medis. Komunikasi efektif yang berawal dari kepercayaan akan mewujudkan keadilan bagi dokter dan pasien.

Key words : Transparansi, Relasi dokter-pasien, *Patient safety*, Keadilan

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL i

LEMBAR PENGESAHAN iii

PROMOTOR DAN KOPROMOTOR iv

PENETAPAN PENGUJI DISERTASI TAHAP I v

PENETAPAN PENGUJI DISERTASI TAHAP I vi

PERNYATAAN ORISINALITAS DISERTASI vii

UCAPAN TERIMA KASIH viii

SUMMARY xii

RINGKASAN xx

ABSTRACT xxx

ABSTRAK xxxi

DAFTAR ISI xxxii

DAFTAR PERATURAN xxxviii

DAFTAR PUTUSAN PENGADILAN xliv

DAFTAR GAMBAR xlv

DAFTAR TABEL xlvi

DAFTAR LAMPIRAN xlvii

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang dan Rumusan Masalah

1.1.1 Latar Belakang Masalah 1

1.1.2 Rumusan Masalah 13

1.2 Tujuan Penelitian 14

1.3 Manfaat penelitian 14

1.4 Orisinalitas Penelitian 15

1.5 Kerangka Teoritik

A. Teori Keadilan 19

B. Teori Perlindungan Hukum 34

C. Teori Hak dan Kewajiban 39

D. Prinsip Transparansi 53

1.6 Metode Penelitian

1.6.1 Tipe Penelitian 58

1.6.2 Pendekatan Masalah 58

1.6.3 Sumber Bahan Hukum 60

1.6.4 Pengumpulan dan Pengolahan Bahan Hukum 61

1.6.5 Analisis Bahan Hukum 61

1.7 Sistematika Penulisan 61

BAB II HAKIKAT PRINSIP TRANSPARANSI DALAM PELAYANAN KESEHATAN

2.1 Hakikat Kepentingan Hukum Dalam Pelayanan Kesehatan…….62

2.1.1 Prinsip pelayanan kesehatan dalam sistem hukum di Indonesia 64

2.1.2 Tujuan pelayanan kesehatan dalam rangka peningkatan derajat kesehatan yang optimal 75

2.1.3 Etika medis dalam pelayanan kesehatan 84

2.1.4 Hak dasar dalam pelayanan kesehatan 90

2.1.5 Hubungan hukum dokter-pasien dalam pelayanan kesehatan ..

.....96

2.2 Karakteristik Prinsip Transparansi Pelayanan Kesehatan

2.2.1 Karakteristik prinsip transparansi

a. Makna dan Ruang lingkup prinsip transparansi……..125

b. Fungsi prinsip transparansi…….132

c. Daya kerja prinsip transparansi……...143

2.2.2 Perbandingan prinsip transparansi dengan prinsip

keterbukaan……..….149

2.2.3 Penerapan prinsip itikad baik dan prinsip transparansi……...154

2.2.4 Pengaturan prinsip transparansi dalam peraturan perundang-

undangan…….……165

2.3 Kualifikasi Prinsip Transparansi dalam Pelayanan Kesehatan

2.3.1 Substansi prinsip transparansi dalam pelayanan kesehatan

a. Transparansi dokter sebagai pemberi layanan kesehatan.....

.....178

b. Transparansi pasien sebagai penerima layanan kesehatan.....

.....184

c. Transparansi rumah sakit sebagai tempat terselenggaranya

pelayanan kesehatan.....191

2.3.2 Pengawasan perwujudan prinsip transparansi dalam pelayanan

kesehatan.....198

2.3.3 Relasi kausal-fungsional antara prinsip transparansi dengan

informed consent 202

2.3.4 Prinsip transparansi dan *informed consent*

di beberapa negara 212

a. Belanda 216

b. Amerika Serikat 224

c. Malaysia 240

BAB III FORMULASI PRINSIP TRANSPARANSI DALAM PELAYANAN KESEHATAN

3.1 Peraturan Internal Rumah Sakit *(Hospital Bylaws)* Untuk Mewujudkan Tata Kelola Yang Baik *(Good Governance)* dan Tata Kelola Klinis Yang Baik *(Good Clinical Governance)*

3.1.1 Peraturan Internal Organisasi Rumah Sakit *(Corporate bylaws)* sebagai pedoman dalam menentukan batasan tanggung jawab dalam perwujudan transparansi 260

3.1.2 Peraturan Internal Staf Medis *(Medical staff bylaws)* sebagai pedoman untuk mewujudkan prinsip transparansi dalam relasi dokter-pasien 280

3.1.3 Peraturan Internal Staf Klinis *(Clinical staff bylaws)* sebagai pendukung terselenggaranya prinsip transparansi 291

3.2 Dinamika implementasi prinsip transparansi dalam pelayanan kesehatan

a. Implementasi prinsip transparansi pada bencana non alam .....

..... 295

b. Implementasi prinsip transparansi di era jaminan kesehatan nasional 304
c. Implementasi prinsip transparansi dalam *telemedicine* 311
3.3 Akibat Hukum Terhadap Pelanggaran Prinsip Transparansi
3.3.1 Bidang hukum administrasi 321
3.3.2 Bidang hukum perdata 330
3.3.3 Bidang hukum pidana 348
3.4 *Ratio Decidendi* Putusan Hakim Terkait Prinsip Transparansi dalam Pelayanan Kesehatan.....360
3.4.1 Analisis Putusan Nomor 417/Pdt.G/2012/PN MDN 364
3.4.2 Analisis Putusan Nomor 96/Pdt/2017/PT.BDG 369
3.4.3 Analisis Putusan Nomor 462/Pdt/2016/PT.BDG 374
3.4.4 Analisis Putusan Nomor 300 K/Pdt/2010.....381
3.4.5 Analisis Putusan Nomor 1815 K/Pdt/2021.....386
3.5 *Ius Constituendum* Pengaturan Prinsip Transparansi dalam Pelayanan Kesehatan
3.5.1 Standar *informed consent* yang mencerminkan transparansi 401
3.5.2 Kewajiban para pihak dalam komunikasi untuk mewujudkan transparansi dalam pelayanan kesehatan.....418
3.5.3 Pembaruan hukum dalam transaksi terapeutik yang mencerminkan transparansi.....428

BAB IV PENUTUP

4.1 Kesimpulan 479

4.2 Saran 480

DAFTAR BACAAN

LAMPIRAN

DAFTAR PERATURAN

Peraturan Perundang-Undangan

Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia 1945

Burgerlijk Wetboek (Staatsblad Nomor 23 Tahun 1847 tanggal 30 April 1847)

Undang-Undang No. 23 Tahun 1997 tentang Pengelolaan Lingkungan Hidup (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1997 Nomor 68i, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3699)

Undang-Undang Nomor 4 tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular (Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 20)

Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3821)

Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3886)

Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 39, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4279)

Undang Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Nomor 2431)

Undang-Undang Nomor 24 tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4723).

Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2008 Tentang Informasi Dan Transaksi Elektronik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4843)

Undang-Undang Nomor 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 61, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4846)

Undang Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5063)

Undang Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5072)

Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 Tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5234)

Undang-Undang Nomor 7 tahun 2014 tentang Perdagangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 45, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5512)

Undang-Undang Nomor 20 tahun 2014 tentang Standardisadi dan Penialian Kesesuaian (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 216, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5584)

Undang Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5607)

Undang Undang Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 292, Tambahan Lembaran negara Nomor 5601)

Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2016 Tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2008 Tentang Informasi Dan Transaksi Elektronik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 251, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5952)

Undang-Undang Nomor 16 Tahun 2019 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 1 Tahun 1974 tentang Perkawinan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 186, Tambahan Lembaran Negara Nomor 6401)

Peraturan Pemerintah Indonesia Nomor 9 Tahun 1975 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 1 Tahun 1974 tentang Perkawinan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1975 Nomor 12, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3050)

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 71 tahun 2019 tentang Penyelenggaraan Sistem dan Transaksi Elektronik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 185, Tambahan Lembaran Negara Nomor 6400)

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57, Tambahan Lembaran Negara Nomor 6659)

Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012 Tentang Sistem Kesehatan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 193),

Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 77 Tahun 2015 Tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159).

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1438 tahun 2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 464)

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 49 Tahun 2013 Tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1053)

Peraturan Menteri Komunikasi Dan Informatika Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2016 Tentang Perlindungan Data Pribadi Dalam Sistem Elektronik (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1829)

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2052/Menkes/Per/X/2010 tentang Ijin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor)

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MenKes/Per/III/2008 tentang Rekam Medik

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 290/Menkes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Medik,

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2406/Menkes/Per/XII/2011 Tentang Pedoman Umum Penggunaan Antibiotik (Berita Negara Republik Indoensia Tahun 2011 N0.874)

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 36 Tahun 2012 tentang Rahasia Kedokteran, Berita Negara Republik Indonesia Nomor 915 Tahun 2012

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 37 Tahun 2014 tentang Penentuan Kematian dan Pemanfaatan Organ Donor (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1023)

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2014 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1609)

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 755/Menkes/Per/IV/2011 Tentang Penyelenggaraan Komite Medik Di Rumah Sakit

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, Berita Negara Republik Indonesia Nomor 308Tahun 2017

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 63 Tahun 2017 Tentang Cara Uji Klinik Alat Kesehatan Yang Baik (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 106).

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien, Berita Negara Republik Indonesia no 416 tahun 2018

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di fasilitas Pelayanan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 19)

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2019 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Telemedicine Antar Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Berita Negara republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 890)

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 586)

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 829)

Peraturan Mahkamah Agung Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2016 tentang Prosedur Mediasi di Pengadilan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 175)

Peraturan Mahkamah Agung Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2022 tentang Mediasi di Pengadilan Secara Elektronik (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 535)

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 772/MENKES/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws)*

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/4829/2021 Tentang Pedoman Pelayanan Kesehatan

Melalui Telemedicine Pada Masa Pandemi Corona Virus Disease 2019 (Covid-19)

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit

Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 43 Tahun 2016 Tentang Pedoman Penegakan Sanksi Administratif Dokter, Dokter Gigi, Dokter Spesialis Dan Dokter Gigi Spesialis

Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 74 Tahun 2020 Tentang Kewenangan Klinis Dan Praktik Kedokteran Melalui Telemedicine Pada Masa Pandemi Corona Virus Disease 2019 (Covid-19) Di Indonesia

Daftar Pedoman dan Peraturan Lainnya

Kode Etik Kedokteran Indonesia, 2012.

Konsil Kedokteran Indonesia, *Penyelengaraan Praktik Kedokteran yang Baik di Indonesia*, 2006

Manual Persetujuan Tindakan Kedokteran, Konsil Kedokteran Indonesia, 2006.

Pedoman Umum *Good Corporate Governance* Indonesia, Komite Nasional Kebijakan Governance, 2006.

Pedoman Umum *Good Public Governance* Indonesia, Komite Nasional Kebijakan Governance, 2008.

Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit *(Hospital Bylaw)*, Departemen Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal Pelayanan Medis Direktorat Pelayanan Medik dan Gigi Spesialistik, 2002.

Pedoman Organisasi dan Tata Laksana MKEK, Muktamar Ikatan Dokter Indonesia XXX, 2018.

Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1, Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2017.

Surat Keputusan Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Nomor 460/PB/K.MKEK/03/2022 Fatwa Etik Kedokteran Tentang Etika Hubungan Dokter-Pasien dan Terminasinya, IDI.

WMA Declaration Of Seoul On Professional Autonomy And Clinical Independence, 59th WMA General Assembly, Seoul, Korea, October 2008,

amended by the 69th WMA General Assembly, Reykjavik, Iceland, October 2018.

WMA Declaration Of Cordoba On Patient-Physician Relationship, Adopted by the 71st WMA General Assembly (online), Cordoba, Spain, October 2020.

DAFTAR PUTUSAN PENGADILAN

Putusan Pengadilan Negeri Medan Nomor 417/Pdt.G/2012/PN Mdn

Putusan pengadilan Tinggi Jawa baratNomor 462/Pdt/2016/PT.BDG

Putusan Pengadilan Tinggi Jawa Barat Nomor 96/PDT/2017/PT.BDG

Putusan Mahkamah Agung Republik Indonesia Nomor 1315 K/Pdt/2019

Putusan Mahkamah Agung Republik Indonesia Nomor 1815 K/Pdt/2021

Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 82/PUU-XIII/2015 dalam Perkara Pengujuan Undang-Undang Nomor 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan terhadap UUD 1945

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Tanggung jawab pemberi layanan kesehatan dalam hal transparansi

Gambar 2. Strategi menejemen risiko

Gambar 3. Contoh format persetujuan tindakan kedokteran menurut KKI

Gambar 4. Standar *Informed Consent* NHS

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Perbandingan transparansi dan *informed consent* Belanda, Amerika Serikat, dan Malaysia

Tabel 2. Kualifikasi hubungan kerja dokter dan rumah sakit (Amerika Serikat)

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Rekomendasi model *informed consent* yang menunjukkan transparansi

Lampiran 2 Rekomendasi model *refusal consent* yang menunjukkan transparansi

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang dan Rumusan Masalah

1.1.1 Latar Belakang Masalah

Hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan bagi setiap warga negara Indonesia telah tertulis di dalam Pasal 28H Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 "Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan". Hal ini sesuai dengan yang dinyatakan dalam Pasal 25 *Universal Declaration of Human Right* yaitu: [1]

1. *Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and of his family, including food, clothing, housing and medical care and necessary social services, and the right to security in the event of unemployment, sickness, disability, widowhood, old age or other lack of livelihood in circumstances beyond his control*
2. *Motherhood and childhood are entitled to special care and assistance. All children, whether born in or out of wedlock, shall enjoy the same social protection.*

Hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang layak ini tidak dapat dilepaskan dari peran serta negara, artinya harus dilakukan secara aktif oleh negara tanpa memandang suku, agama, jenis kelamin, usia, maupun status sosial seseorang.[2] Hal ini dipertegas dalam Pasal 14 angka (1) Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan (selanjutnya disebut UU kesehatan), yang

[1]Universal Declaration Of Human Right, 1948

[2]Human Right Library, University of Minnesota, 'Study Guide : The Right to Means for Adequate Health', 2015, https://lib.law.uw.edu/ref/healthhum.html, diakses pada 12 Juli 2021.

menegaskan "Pemerintah bertanggung jawab merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat".

Dalam pelayanan kesehatan terdapat hubungan antara dokter sebagai pemberi layanan kesehatan dengan pasien sebagai penerima layanan kesehatan. Hubungan dokter dan pasien pada awalnya berupa hubungan yang sifatnya vertikal dengan pola paternalistik, dimana dokter berada pada posisi yang lebih tinggi karena faktor pengetahuan dan ketrampilannya dibandingkan dengan pasien. Dokter bertanggung jawab untuk menggunakan seluruh kemampuannya dalam melayani pasien, demi kesejahteraan pasien dan untuk kepentingan pasien dalam mencapai tujuan atau rencana hidupnya. Seringkali menjadi pertanyaan, apakah keputusan profesional seorang dokter diletakkan lebih tinggi dari pada kompetensi dan otonomi pasien terutama dalam kondisi yang menimbulkan konflik bagi pasien.[3] Saat ini relasi dokter dan pasien menuju kepada hubungan yang horizontal. Salah satu penyebabnya adalah perubahan paradigma pelayanan kesehatan yang awalnya bernuansa sosial, saat ini tidak dapat dipungkiri semakin mengarah kepada komersial atau konsumerisme. Dalam hubungan yang sifatnya horizontal ini tentunya hak pasien untuk mengambil keputusan untuk dirinya sendiri *(right to self determination)* menjadi lebih banyak mewarnai relasi dokter dan pasien.

Hubungan yang bersifat horizontal antara dokter dan pasien tentunya memerlukan komunikasi yang lebih baik dan terbuka di antara kedua belah pihak.

[3]Alasdair Maclean, *Autonomy, Informed Consent and Medical Law,* Cambridge University Press, 2013, h.51.

Salah satu tujuan dari komunikasi ini adalah untuk memperjelas pemahaman bahwa hubungan dokter dan pasien adalah sebuah perikatan upaya atau yang disebut sebagai *inspanning verbintenis*, dimana kedua belah pihak sepakat untuk berupaya maksimal untuk mencapai apa yang telah disepakati dan bukan merupakan suatu perikatan hasil atau *resultaat verbintenis*.[4] Dalam hal ini tidak mungkin dokter menjanjikan suatu hasil pengobatan kepada pasien.

Relasi dokter dan pasien dalam hal pengobatan atau yang lazim disebut sebagai perjanjian terapeutik pada umumnya terjadi di fasilitas pelayanan kesehatan misalnya praktik mandiri, klinik, puskesmas, dan terutama di rumah sakit. Dalam peraturan perundang-undangan di Indonesia tidak disebutkan definisi pelayanan kesehatan, melainkan upaya kesehatan yang meliputi pelayanan kesehatan sebagai suatu bentuk kegiatan pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan penyakit oleh pemerintah dan/atau masyarakat. Dalam penelitian ini akan dipakai istilah pelayanan medis sebagai salah satu bentuk pelayanan kesehatan untuk membatasi pelayanan kesehatan yang dilakukan adalah upaya medis yang dilakukan oleh tenaga medis yaitu dokter atau dokter gigi berdasarkan Keputusan Mahkamah Konstitusi Nomor 82/PUU-XIII/2015 dalam putusan Perkara Pengujian Undang-Undang Nomor 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan terhadap UUD 1945.

[4]Anny Isfandyarie, *Tanggung Jawab Hukum dan Sanksi Bagi Doktrer Buku ke-1*, Prestasi Pustaka, Jakarta, 2006, h. 62.

Kurang terlaksananya proses pertukaran informasi dalam pelayanan medis yang setara antara dokter dan pasien seringkali disebabkan karena pasien merasa dokter tidak terbuka dalam memberikan informasi atau menggunakan bahasa medis yang sulit dipahamai, sedangkan dokter merasa pasien tidak akan mengerti walaupun sudah diberikan penjelasan tentang penyakit dan tindakan yang akan dilakukan. Seperti tampak pada salah satu kasus sengketa medis antara dokter spesialis kebidanan dan kandungan dengan pasien (Putusan Nomor 417/Pdt.G/2012/PN Mdn) di mana gugatan pasien dikabulkan. Nampak di sini bahwa tuntutan yang dilakukan pasien berawal dari tidak puasnya pasien akan penjelasan dokter. Pada saat itu menurut pasien, dokter menjanjikan hanya akan dilakukan tindakan pengerokan dinding rahim atau kuretase sebagai salah satu sarana diagnostik penyakit pasien. Namun pada akhirnya pasien dilakukan tindakan pengangkatan kandungan oleh dokter tersebut. Dalam hal ini pasien merasa tidak mendapatkan penjelasan yang cukup dari dokter. Apalagi setelah operasi tersebut pasien mengalami beberapa kali operasi lanjutan yang menurut dugaan pasien adalah karena tindakan malpraktik yang dilakukan oleh dokter kandungan tersebut.

Pada masa pandemi Covid-19 saat ini yang merupakan situasi khusus, pertukaran informasi yang baik dengan didasarkan pada komunikasi yang efektif dan keterbukaan menjadi salah satu kunci utama dalam penangulangan penyebaran virus Covid-19 serta memfasilitasi relasi antara pemberi dan penerima layanan kesehatan ke arah yang lebih baik. Konflik yang beberapa kali terjadi antara pasien atau keluarga pasien dengan tenaga kesehatan terutama di fasilitas pelayanan kesehatan dalam masa pandemi ini seringkali disebabkan karena komunikasi yang

kurang terbuka dan kurang jelas sehingga menimbulkan kesalahpahaman yang berujung dengan konflik. Meskipun pada akhirnya konflik tersebut dapat berakhir secara damai atau mediasi namun kejadian ini menimbulkan kerugian pada kedua pihak. Seperti contoh kasus penyerangan seorang perawat di RSUD Ambarawa oleh keluarga pasien karena keluarga pasien tersebut keberatan dengan pemulasaraan jenazah pasien Covid-19.[5] Demikian juga kejadian penyerangan pada perawat di Instalasi Gawat Darurat RSUD Pasar Minggu karena pasien Covid-19 menunggu lama di IGD.[6] Kejadian itu seharusnya dapat dihindari apabila pasien mendapat penjelasan dari pihak pemberi layanan kesehatan dan rumah sakit juga mempunyai sistem yang tepat untuk melindungi tenaga kesehatan yang bertugas. Keselamatan tenaga kesehatan dan tenaga medis juga harus diperhatikan karena keadilan berarti perlindungan hukum bagi semua pihak secara proporsional. Apalagi bila dilihat dari data Ikatan Dokter Indonesia (IDI) hingga 3 Agustus 2021 terdapat 640 dokter gugur dalam menjalan tugas selama pandemi.[7] Demikian juga dari data Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PDGI) terdapat 39 dokter gigi gugur selama pandemi hingga bulan Februari 2021.[8]

Transparansi dan keterbukaan seringkali diartikan sebagai dua hal yang sama. Tetapi sebenarnya kedua hal ini mempunyai perbedaan secara mendasar. Menurut kamus Vietnam seperti dikutip oleh Vu Chong Giao dalam sebuah

[5]"Keluarga pasien Covid-19 Serang Petugas RSUD Gunawan Ambarawa, 1 Perawat terluka", 21 Juli 2021, dalam www.liputan6.com/regional/read/4614924, diakses pada 22 Agustus 2021.

[6]"Pasien Covid-19 Ngamuk, Serang Nakes Sampai Baju Hazmat Sobek-Sobek", 24 Juni 2021 dalam www.akurat.com, diakses pada 22 Agustus 2021.

[7]"Kabar Duka, IDI Catat Sudah 640 Dokter Gugur Akibat Covid-19", 4 Agustus 2021dalam www.health.detik.com/berita-detik-health/d-5669458, diakses pada pada 22 Agustus 2021.

[8]"Waspada, telah 39 Dokter Gigi Meninggal", dalam www.pdgi.or.id/artikel, diakses pada 22 Agustus 2021.

jurnalnya, *openness* yang dalam Bahasa Indonesia diterjemahkan sebagai keterbukaan, diartikan sebagai *"not hiding and keeping secret, disclosing to everyone"* sedangkan transparansi diartikan sebagai *"self evident and specific".* Disebutkan pula bahwa *"openness is not only disclosure of information but also a public participation in governance, transparency is not only openness but also requires responsibility and honesty in the implementation of openness"*.[9]

Transparansi tampak bertolak belakang dengan kerahasiaan, namun bukan dianggap sebagai dua hal yang berarti baik dan buruk. Ada beberapa aktivitas yang kerahasiaan *(confidentiality)* masih diterima bahkan diperlukan.[10] Demikian juga halnya dalam bidang kesehatan. Keterbukaan ini bukan keterbukaan yang absolut atau tanpa batas karena masih terdapat batasan kerahasiaan pasien seperti tercantum dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 36 tahun 2012 tentang Rahasia Kedokteran (Selanjutnya disebut Permenkes Rahasia Kedokteran). Selain itu kepentingan pasien terkait dengan etika medis yakni *non maleficence*, dokter juga harus merahasiakan kondisi kesehatan pasien apabila penjelasan tersebut justru membayahakan pasien secara psikologis maupun fisik. Di sini terlihat bahwa kejujuran *(veracity)* tidak boleh membawa dampak merugikan (*non maleficence)* bagi pasien.

Apabila dilihat pada Pasal 11 Undang-Undang Nomor 4 tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular (selanjutnya disebut UU Wabah), "Barang siapa yang

[9]Vu Cong Giao, Pham Quang Truong, 'Openness, Transparency, and Accountability in State management : The case of Vietnam', *Journal of Critical Reviews,* Vol.7, Issue 15,2020, http://nckh.law.vnu.edu.vn/CVpublic-giaovc.html, h.450, diakses pada 20 Agustus 2021.

[10]Benjamin Worthy, "Transparency : Science and The Politics of Openness", www.manchesterhive.com, h.25, diakses pada 23 Agustus 2021

mempunyai tanggung jawab dalam lingkungan tertentu yang mengetahui adanya penderita atau tersangka penderita penyakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3, wajib melaporkan kepada Kepala Desa atau Lurah dan/atau Kepala Unit Kesehatan terdekat dalam waktu secepatnya". Keadaan ini termasuk kondisi lain dari transparansi karena keterbukaan dan kerahasiaan pasien bagaikan dua sisi mata uang yang selalu ada bersamaan tetapi mempunyai sisi yang berbeda. Transparansi di sini bukan berarti melanggar hak kerahasiaan pasien tetapi ada prinsip *prima facie* yang lebih diutamakan. Seperti halnya pelaksaan prinsip etika yang tidak selalu berlaku berurutan atau non hirarki, tetapi pada kondisi tertentu ada salah satu prinsip yang lebih diutamakan. Inilah yang dimaksud *prima facie* oleh WD Ross.[11]

Timbulnya konflik antara dokter dan pasien pada umunya didasari pada adanya dugaan malpraktik, meskipun istilah malpraktik sendiri tidak dijelaskan di dalam peraturan perundangan di Indonesia. Istilah malpraktik pertama kali dikenalkan oleh Hammurabi, raja Babylon pada akhir abad ke-18 sebelum Masehi dan dicantumkan dalam *The Code of Hammurabi.* Pada jaman itu, seorang dokter yang gagal dalam merawat orang sakit akan mendapatkan hukuman yang berat. Di dalam aturan disebutkan : *"a doctor has treated a man for severe wounf with metal knife and has caused a man to die, his hands shall be cut off"*. Akibat aturan ini pada saat itu banyak orang tidak mau menjalani profesi medis.[12] Malpraktik pada umumya disebut sebagai *professional misconduct* atau suatu perbuatan yang

[11]Thomas R. McCormick, 'Principles of Bioethics, Faculty', *Bioethics & Humanities University of Washington*, https://depts.washington.edu/bhdept/ethics-medicine/bioethics-topics/articles/principles-bioethics, diakses pada 2 April 2022.

[12]Puteri Nemie Jahn Kassim, *Medical Negligence Law in Malaysia*, International Law Book Service, Malaysia, 2003, h.2.

disebabkan oleh kurangnya ketrampilan yang menyebabkan kerugian pada pasien. Adanya perilaku tidak professional dan tidak memenuhi standar profesi sehingga membahayakan orang lain atau pasien. Perilaku professional ini didasarkan pada *standard of care*, yang diartikan sebagai standar minimun yang dapat diterima.[13] Jadi *standard of care* bukan berarti standar yang optimal dan juga bukan berarti kualitas pelayanan, tetapi ditekankan pada pelayanan pada umumnya atau *ordinary care* yang harus dilakukan oleh pemberi layanan kesehatan dengan tingkat kemampuan yang sama, dan pada kondisi yang sama terkait dengan lingkungan dan sumber daya yang ada.[14]

Pasien datang menemui dokter karena mereka memerlukan dokter untuk membantu mengatasi masalah penyakitnya. Oleh karena itu, bisa dikatakan dokter seringkali berada pada posisi yang lebih superior mengingat pengetahuan dan keahlian yang dimilikinya. Pengambilan keputusan oleh pasien dan keluarganya diwujudkan dalam bentuk *informed consent* atau persetujuan tindakan medis. Albert R. Jonsen menyebutkan bahwa : [15]

> *in the process called nformed consent, physician explain their opinion about nature of the patient's problem, recommend a course of treatment, give the reasons for the recommendation, propose clinically acceptable alternatives to the recommend course, and explain the benefits and risks of all options. The patient ideally understands the information, assess the treatment choices, and agree (or disagree) to accept the physician's recommendation.*

[13]Bonnie Fremgen, *Medical Law and Ethics*, 4th edition, Pearson Education, New Jersey, 2012, h.134.

[14]Angela M.Dodge and Steven F.Fitzer, *When Good Doctors Get Sued : a practical guide for physician involved in malpractice lawsuits,* 2nd edition, Dodge Consulting and Publication, USA, 2015, h.6.

[15]Albert R.Jonsen, Mark Siegler, and William J.Winslade, *Clinical Ethics A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine,* Mc Graw Hill Education, USA, 2015, h.55.

Pemberian informasi secara jelas kepada pasien tercantum dalam Pasal 52 huruf (a) Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (selanjutnya disebut UU Praktik Kedokteran) yang berbunyi : "Pasien dalam menerima pelayanan pada praktik kedokteran, mempunyai hak mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang tindakan medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 45 angka (3) menyebutkan Persetujuan tindakan kedokteran ini sendiri dapat dianggap sebagai suatu bentuk kontrak medis seperti tercantum dalam Pasal 39 UU Praktik Kedokteran yang berbunyi : "Praktik kedokteran diselenggarakan berdasarkan pada kesepakatan antara dokter atau dokter gigi dengan pasien dalam upaya untuk pemeliharaan kesehatan, pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit dan pemulihan kesehatan". Sedangkan pengertian persetujuan tindakan kedokteran dijelaskan di dalam Pasal 1 angka (1) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran (selanjutnya disebut Permenkes Persetujuan Tindakan Kedokteran) disebutkan bahwa : "Persetujuan tindakan kedokteran adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekat setelah mendapat penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan terhadap pasien".

Dalam peraturan perundang-undangan yang telah ada meskipun ditekankan bahwa keterbukaan informasi itu wajib dilakukan dalam relasi dokter dan pasien, tetapi masih terdapat kekaburan norma dalam hal apa saja yang harus dijelaskan kepada pasien meski dalam Pasal 45 angka (3) UU Praktik Kedokteran disebutkan bahwa penjelasan yang harus diberikan mencakup diagnosis dan tatacara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan lain dan risikonya, risiko dan

komplikasi, serta prognosis terhadap tindakan. Pasal 7 angka (3) Permenkes Persetujuan Tindakan Kedokteran menambahkan satu poin tentang penjelasan biaya. Tetapi tidak ada batasan sejauh mana penjelasan diberikan dan dalam bentuk apa penjelasan itu harus diberikan serta penjelasan tentang masa berlakunya *informed consent.* Selain itu tidak ada pasal yang menjelaskan tentang poin minimal yang harus ada dalam form *informed consent* yang mencerminkan prinsip transparansi. Permasalahan lain juga belum adanya model *informed consent* yang ideal yang layak dipakai meski Konsil Kedokteran Indonesia telah menyarankan bentuk standar *informed consent.*

Hak utama pasien adalah hak untuk mendapatkan pemeliharaan kesehatan *(the right to health care),* yang tidak bisa dilepaskan dari hak-hak lainnya yakni hak untuk mendapatkan informasi yang terbuka atas penyakitnya, hak untuk memperoleh pendapat kedua, serta hak untuk dirahasiakan penyakitnya.[16] Menurut *World Medical Association* (WMA) hak-hak pasien yang tertulis dalam *The WMA Declaration on the Rights of the Patient 2015*:[17]

> *The patient has the right to self-determination, to make free decisions regarding himself/herself. The physician will inform the patient of the consequences of his/her decisions. A mentally competent adult patient has the right to give or withhold consent to any diagnostic procedure or therapy. The patient has the right to the information necessary to make his/her decisions. The patient should understand clearly what is the purpose of any test or treatment, what the results would imply, and what would be the implications of withholding consent.*

[16]Wila Chandra Supriadi, *Hukum Kedokteran,* Mandar Maju, 2001, h.12.

[17]John R. William, 'Medical Ethics Manual', *Ethics Unit of the World Medical Association, 3rd edition,* 2015, h.43, https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/Ethics_manual_3rd_Nov2015_en.pdf diakses pada 9 Juli 2021.

Transparansi tidak lepas dari unsur *clear, simple,* dan *plain*. Apabila digambarkan dalam suatu segitiga transparansi *(transparency triangle)* dapat dikatakan sebagai *clarity, information efficiency,* dan *honesty*.[18] Transparansi sering digunakan dalam bidang pemerintahan dan disebut sebagai *government transparency*, tetapi seringkali menjadi dua sisi mata uang dengan kerahasiaan *(secrecy).*[19] Transaparansi juga dikaitkan dengan pengambilan keputusan.[20] Apabila dikaitkan dengan proses *informed consent*, maka adanya transparansi akan memudahkan proses pengambilan keputusan atau *decision making.*

Dokter dalam memberikan pelayanan kesehatan pada pasien juga terikat pada etika atau *medical ethics*. Salah satu prinsip dalam etika adalah otonomi pasien. Tidak dapat disangkal jika dokter dan pasien bukan dalam kedudukan yang sama. Namun dalam hubungan ini masih dimungkinkan adanya pertukaran gagasan secara bebas yang pada akhirnya kedua belah pihak akan mencapai kesepakatan bersama, yang merefleksikan otonomi masing-masing pihak (dokter dan pasien). Hubungan dokter dan pasien sesuai apabila dilandaskan pada keadilan yang proporsional yang dimaknai sebagai asas yang melandasi atau mendasari pertukaran hak dan kewajiban para pihak sesuai proporsi atau bagiannya, yang sangat berorientasi pada kepentingan para pihak agar berlangsung hubungan yang kondusif.[21] Meskipun pola hubungan yang vertikal antara dokter dan pasien sudah

[18]Bernhard Winkler, 'Which Kind of Transparency on The Need For Clarity in Monetary Policy-Making', *Working Paper No.26, European Central Bank, August 2000*, h.20, https://ideas.repec.org/p/ecb/ecbwps/200026.html, diakses pada pada 9 Nopember 2019

[19]Padideh Ala'I dan Robert G. Vaughn, *Research Handbook of Transparency,* Edward Elgar Publishing Inc, 2010, h.247.

[20]*Ibid*, h.60.

[21]Agus Yudha Hernoko, *Hukum Perjanjian : Asas Proporsionalitas dalam Kontrak Komersial*, Prenada Media Grup, 2010, (Selanjutnya disingkat Agus Yudha Hernoko-I), h.75.

makin bergeser ke arah horizontal, tetapi sifat paternalistik dari dokter tetap ada dengan tidak mengesampingkan otonomi pasien mengingat etika medis yang tetap harus diutamakan dalam relasi dokter dan pasien. Hal ini tidak boleh dipertentangkan tetapi dicari suatu pola relasi yang proporsional yang berpusat pada pasien *(patient centre care)* meskipun tidak tepat juga apabila disebut sebagai pola relasi kemitraan *(doctor patient partnership).*

Hakikat relasi dokter-pasien sebagai suatu bentuk kontrak tidak terlepas dari prinsip keadilan yakni adanya prinsip pertukaran kepentingan secara fair (adil) seperti kontrak pada umumnya. Ada beberapa teori keadilan yang sesuai apabila dikaitkan dengan hubungan dokter dan pasien dalam pelayanan medis. Salah satunya adalah menurut John Rawls yang cukup sesuai apabila diterapkan dalam relasi dokter-pasien, dimana dokter dan pasien mempunyai kesetaraan hak dan kedudukan, tetapi tidak dapat dikesampingkan bahwa secara objektif dalam konteks hubungan ini dokter dalam posisi yang mempunyai wewenang karena keilmuan dan keahliannya terhadap pasien, meski pasien tetap berhak untuk menentukan haknya dalam artian keputusan untuk dirinya sendiri.

Makin banyaknya sengketa medis yang terjadi saat ini terutama disebabkan oleh kurang terbuka atau kurang transparannya komunikasi antara dokter dan pasien. Di Indonesia sendiri sampai saat ini belum ada peraturan perundangan yang mengatur tentang keterbukaan komunikasi pada umumnya dan keterbukaan komunikasi dalan dunia kesehatan pada khususnya terkait pemberian informasi. Prinsip transparansi merupakan salah satu prinsip yang perlu dianalisis lebih mendalam untuk mewujudkan hubungan dokter dan pasien yang proporsional

dalam pelayanan medis. Transparansi sudah harus ada sejak tahap pra kontrak, tahap pelaksanaan kontrak, dan tahap paska kontrak dalam perjanjian terapeutik sehingga dapat terwujud keadilan yang professional dalam setiap tahapannya. Saat ini juga masih ada kekosongan hukum yang menjelaskan tentang batas antara malpraktik medis dan risiko medis dalam layanan medis. Transparansi dalam perjanjian terapeutik diharapkan dapat memperjelas batas kedua hal tersebut. Saat ini meskipun di dalam Undang-Undang Praktik kedokteran telah disebutkan bahwa sengketa medis diselesaikan secara mediasi terlebih dahulu, tetapi belum ada norma khusus yang mengatur proses mediasi medis sebagai salah satu bentuk *restorative justice*. Rumah sakit merupakan suatu bentuk fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut yang sangat kompleks dan berisiko tinggi sehingga tidak mudah untuk dijalankan dibandingkan dengan fasilitas pelayanan kesehatan di tingkat pertama maupun di praktik mandiri dokter. Oleh karena itu penelitian ini berfokus pada pelayanan kesehatan di rumah sakit yang dilakukan oleh dokter sebagai pemberi layanan utama di rumah sakit dalam bentuk pelayanan medis. Pengaturan internal dalam fasilitas pelayanan kesehatan misalnya rumah sakit juga masih belum jelas contohnya peraturan internal rumah sakit, yang dapat mewujudkan perlindungan bagi tenaga medis dan pasien.

1.1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang sudah diuraikan di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Hakikat prinsip transparansi dalam pelayanan kesehatan.

2. Formulasi prinsip transparansi dalam pelayanan kesehatan

1.2 Tujuan Penelitian

1. Menemukan hakikat prinsip transparansi dalam pelayanan kesehatan.
2. Menemukan formulasi prinsip transparansi dalam pelayanan kesehatan.

1.3 Manfaat Penelitian

1.3.1 Manfaat Teoritis

Secara teoritis penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam bidang hukum kesehatan, khususnya terkait prinsip transparansi yang selalu menjadi landasan hubungan dokter dan pasien untuk mewujudkan keadilan dalam pelayanan kesehatan. Prinsip transparansi diharapkan menjadi sarana tercapainya hubungan dokter dan pasien yang proporsional dalam hal otonomi dan paternalistik yang hingga saat ini masih banyak dipertentangkan

1.3.2 Manfaat Praktis

Secara praktis penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi bagi organisasi profesi dan pemerintah tentang bentuk atau model *informed consent* yang transparan sebagai suatu bentuk kontrak medis sehingga dapat mewujudkan keadilan dalam pelayanan kesehatan, yang bertujuan untuk mengurangi terjadinya sengketa medis. Bagi penegak hukum, dapat menjadi referensi dalam penanganan kasus sengketa medik.

1.4 Orisinalitas Penelitian

Orisinalitas penelitian dilakukan dengan melakukan penelusuran dari berbagai penelitian sejenis yang ada sebelumnya, selanjutnya dibandingkan untuk mencari persamaan dan perbedaannya. Disertasi yang pernah ditulis sebelumnya dalam hal transparansi dan perikatan terapeutik adalah sebagai berikut :

a. Syafruddin, *Informed Consent* Yang Berimplikasi Malpraktik Kedokteran, Disertasi, Program Studi Doktor Ilmu Hukum Universitas Airlangga Surabaya, 2015. Disertasi ini membahas filosofi i*nformed consent* dalam transaksi terapeutik dengan menekankan bahwa posisi dokter dan pasien yang tidak seimbang justru membawa risiko kerugian pada pasien dan tidak melindungi pasien, karena seringkali dokter hanya menganggap pasien sebagai objek sehingga pada kasus kelalaian medis atau malpraktik yang tidak dilakukan i*nformed consent* maka pasien akan selalu dalam posisi yang lemah.
b. Eko Pujiyono, Prinsip Otonomi Pasien Dalam Konttak Perawatan Medis di Rumah Sakit, Disertasi, Program Studi Doktor Ilmu Hukum Universitas Airlangga Surabaya, 2016. Disertasi ini membahas otonomi pasien sebagai hak dasar individu yang paling penting dan harus diutamakan dalam proses perwujudan hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Otonomi pasien tidak hanya tampak dalam proses *informed consent*, tetapi juga dalam proses perawatan medis. Karena pentingnya prinsip otonomi ini maka daya jangkaunya harus diperluas, mengingat bahwa otonomi ini adalah pilihan pasien sepenuhnya dalam menentukan keputusan medis berdasarkan kesadaran pasien atas risiko medis.

c. Machli Riyadi, Prinsip Penyelesaian Malpraktik Medik Melalui Mediasi, Disertasi, Program Studi Doktor Ilmu Hukum Universitas Airlangga Surabaya, 2016. Disertasi ini membahas hubungan hukum antara dokter dan pasien memang berdasarkan kepercayaan tetapi dapat berubah menjadi suatu sengketa. Pada dasarnya harus dapat dibedakan risiko medis dan malpraktik medis meskipun dalam peraturan perundang-undangan di Indonesia belum ada batasan yang jelas tentang malpraktik. Mediasi dipilih sebagai alternatif dalam penyelesaian sengketa malpraktik medik sesuai dengan yang tercantum dalam peraturan perundang-undangan.

d. Rahmadi Usman, Prinsip Transparansi Dalam Sistem Pembayaran Dengan Uang Elektronik, Disertasi, Program Studi Doktor Ilmu Hukum Universitas Airlangga Surabaya, 2017. Disertasi ini membahas keberadaan prinsip transparansi dalam sistem pembayaran yang didasarkan pada keadilan, yang menghendaki terciptanya kesetaraan hak dan kewajiban dalam berusaha antara penyelenggara dan konsumen jasa sistem pembayaran berdasarkan UU Perlindungan Konsumen. Transparansi yang dilakukan bertujuan memberikan kejelasan pada konsumen jasa pembayaran mengenai karakteristik, manfaat, dan risiko, sehingga konsumen dapat memahami secara baik.

e. Yatini, Perlindungan Hukum Bagi Pasien Dalam Kesepakatan *Therapeutic* Terkait Pembaharuan Hukum Kesehatan, Disertasi, Program Studi Doktor Ilmu Hukum Universitas Brawijawa Malang, 2019. Disertasi ini membahas makna dan menemukan konsep kesepakatan terapeutik yang memberikan perlindungan hukum bagi pasien. Undang-Undang No.29 Tahun 2004 tentang

Praktik Kedokteran belum memberikan perlindungan hukum bagi pasien, karena hanya mengatur dalam hal administratif sehingga hanya memberikan perlindungan hukum bagi dokter. Menemukan bahwa konsep yang sesuai adalah tahapan persetujuan tindakan kedokteran yang mengadopsi bentuk consent di Inggris dengan paradigma "*consent : patients and doctors making decision together".*

f. Nadjab Khan, Persetujuan Tindakan Kedokteran dalam Hukum Praktik Kedokteran di Indonesia (Penerapan *Asas Lex Specialis Derogat Lege Generali* dan *Asas Kebebasan Berkontrak* Bidang Terapeutik Oleh Hakim Perdata), Disertasi, Program Studi Doktor Ilmu Hukum Universitas Krisnadwipayana Jakarta, 2019. Disertasi ini membahas tentang *informed consent* sebagai bentuk perikatan upaya antara dokter dan pasien yang tidak dapat disamakan dengan bentruk perjanjian yang lain yang selau melibatkan dua pihak secara seimbang, sedangkan *informed consent* tidak demikian karena hanya ditandatangani oleh pasien sehingga persetujuannya sepihak serta hanya digunakan untuk melakukan upaya tindakan medis. Informed consent dipandang tidak dapat dipakai sebagai alat bukti kuat dan sah dalam pembuktian perdata di pengadilan, sehingga dapat dikatakan bahwa penegakan hukum terhadap perikatan upaya tindakan kedokteran tidak berkepastian hukum.

Pembeda disertasi ini dari disertasi tersebut di atas adalah dalam disertasi ini secara spesifik menganalisa prinsip transparansi dalam hubungan antara dokter dan pasien, bahwa relasi dokter dan pasien mempunyai model kontrak yang khusus yang tidak dapat disamakan dengan model kontrak yang lain. Prinsip transparansi

dalam relasi dokter dan pasien tidak hanya terbatas pada pemberian informasi yang diwujudkan dalam bentuk *informed consent*, tetapi transparansi ini juga mempunyai hubungan dengan privasi atau kerahasiaan pasien. Sedangkan prinsip keadilan dalam relasi dokter dan pasien juga mempunyai kekhususan tersendiri mengingat hubungan dokter dan pasien yang awalnya adalah paternalistik, tetapi saat ini mengarah pada hubungan yang setara. Namun pada kenyataannya relasi dokter-pasien tidak mungkin dikatakan setara, lebih tepatnya adalah keadilan yang proporsional meskipun istilah ini masih jarang dikenal dalam konsep hubungan dokter dan pasien. Keadilan yang proporsional tampak dalam prinsip bioetika yaitu otonomi, dimana kedua belah pihak yakni dokter dan pasien mempunyai otonomi dalam menjalin relasi.

Keadilan dalam relasi dokter-pasien berarti perlindungan hukum yang diharapkan adalah bagi dokter maupun pasien. Apabila perlindungan hukum hanya didapatkan untuk pasien maka keadaan ini tidak dapat dikatakan berkeadilan, demikian juga sebaliknya. Disertasi ini akan menganalisa dan menemukan suatu bentuk relasi dokter dan pasien yang proporsional, yang berlandaskan prinsip transparansi. Sehingga pada akhirnya akan ditemukan suatu bentuk *informed consent* yang benar-benar transparan yang akan membawa keadilan, memberikan perlindungan hukum bagi dokter dan pasien, serta akan mengurangi risiko terjadinya sengketa medik.

Demikian juga dengan prinsip otonomi yang akhir-akhir ini dianggap sebagai prinsip utama dalam relasi dokter dan pasien terkait dengan hak dasar manusia yaitu *right to self determination*, tidak dapat berdiri sendiri karena masih

adanya prinsip paternalistik dalam hubungan dokter dan pasien yang keduanya tidak boleh dipertentangan namun harus dapat berjalan dengan proporsional.

1.5 Kerangka Teoritik

A. Teori Keadilan

Definisi adil menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI)[22] adalah sama berat, tidak berat sebelah, tidak memihak, berpihak pada yang benar, berpegang pada kebenaran, sepatutnya, tidak sewenang-wenang. Sedangkan keadilan adalah sifat (perbuatan, perlakuan) yang adil. Terdapat perbedaan pengertian diantara *justice, fair,* dan *equity*. Menurut *Black's law Dictionary*, *justice* diartikan sebagai : *"the fair treatment of people, the quality of being fair or reasonable, the legal system by which people and their causes are judged, the fair and proper administration of laws"*.[23] *Fair* diartikan sebagai : *"characterized by honesty, impartiality, and candor, just, equitable, disintersetd; free of bias or prejudice"*.[24] *Equity* diartikan sebagai : *"fairness, impartiality, evenhanded dealing; the body of principles constituting what is fair and right*".[25]

Keadilan *(justice)* bukan berarti persamaan *(equality).* Persamaan merupakan unsur terpenting dari keadilan. Persamaan merupakan bentuk hubungan antar manusia. Perlakuan yang tidak sama di antara manusia itu dapat menghasilkan

[22]Badan Pengembangan dan Pembinaan Bahasa, 'KBBI Daring', *Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi Republik Indonesia*, 2016, https://kbbi.kemdikbud.go.id/, diakses pada 18 Nopember 2020.
[23]Bryan A Garner, *Op.Cit*., h.995.
[24]*Ibid*., h.715.
[25]*Ibid*., h. 656.

suatu ketidakdilan.[26] Persamaan tidak harus selalu dianggap sebagai sama rata, tetapi disesuaikan dengan kondisi dan kualifikasi masing-masing pihak. Keadaan inilah yang disebut sebagai persamaan yang proporsional *(proportionate equality)*.[27] Keadilan diperlukan saat terjadi konflik kepentingan. Suatu konflik kepentingan dapat muncul apabila sutu kepentingan dapat dipuaskan hanya dengan mengorbankan kepentingan lainnya atau saat terjadi konflik di antara dua nilai dan ketika tidak mungkin menyadari keduanya dalam waktu yang sama.[28]

Ciri atau sifat adil dapat disarikan maknanya meliputi beberapa hal berikut ini yaitu adil *(justice)*, bersifat umum *(legal)*, sah menurut hukum *(lawful)*, tidak memihak *(impartial)*, sama hak *(equal)*, layak *(fair)*, wajar secara moral *(equitable)*, dan benar secara moral *(righteous)*. Dapat dikatakan bahwa adil memiliki makna ganda yang perbedaannya satu sama lain samar-samar.[29] Perbuatan manusia dianggap bernilai jika perbuatan itu baik dan bermanfaat, sehingga dengan demikian nilai *(value)* merupakan sutau prinsip etik yang bermutu tinggi dengan pedoman bahwa keberadaan manusia itu harus memperhatikan kewajibannya untuk bertanggung jawab pada sesamanya.[30]

Pembicaraan tentang keadilan berawal dari Plato seorang filsuf Yunani (424-348 BC). Dalam bukunya Republik, disebutkan bahwa hakikat keadilan adalah memberikan kepada setiap orang tentang sesuatu yang baik baginya.

---

[26]Alauddin, P*erlindungan Hukum Kontrak Terapeutik*, Genta Publishing, Yogyakarta, 2016, h.16.

[27]Munir Fuady, *Dinamika Teori Hukum*, Penerbit Ghalia Indonesia, Bogor, 2010, h.107. (Selanjutnya disebut Munir Fuady-1).

[28]Hans Kelsen, *Dasar-Dasar Hukum Normatif : prinsip-prinsip teoritis untuk mewujudkan keadilan dalam hukum dan politik., cetakan ke-3.*, Nusamedia, Bandung, 2014, h.5.

[29]Muhamad Erwin, *Filsafat Hukum, Refleksi terhadap Hukum dam Hukum Indonesia (dalam Dimensi Ide dan Aplikasi) Edisi Revisi*, Raja Grafindo Perkasa, Depok, 2019, h.296.

[30]*Ibid.*, h.297.

Diberikan sebuah contoh apakah yang semestinya diberikan oleh ilmu kedokteran dan kepada siapa, jawabannya adalah obat-obatan, makanan, and minuman kepada manusia.[31] Seorang murid Plato yakni Aristoteles (384-322 BC) dalam bukunya *Nicomachean Ethics*, ia menyampaikan tentang moral dan keutamaan keadilan dalam politik (*political virtue of jusice)*, sedangkan dalam bukunya *Politics* ia menyampaikan hubungan antara keadilan politik *(political justice)* dan persamaan *(equality)*. Aristoteles membedakan persamaan numerikal dan proporsional. Secara numerikal diartikan sebagai seseorang diperlakukan dengan tidak dapat dibedakan, dan akan menerima perlakuan yang identik. Jadi secara numerikal keadilan hanya dianggap baik apabila persamaan ini terjadi dalam aspek yang relevan. Secara proporsional diartikan bahwa seseorang akan mendapat bagiannya secara proporsional sesuai dengan bagiannya.[32] Dengan kata lain keadilan dijabarkan sebagai *"juctice is consist in treating equals equally and unequals unequally, in proportion to their inequality",* atau dikatakan untuk hal-hal sama diperlakukan secara sama, untuk hal-hal tidak sama diperlakukan secara tidak sama secara proporsional.[33] Aristoteles menyatakan bahwa konsep dari keadilan dapat dibedakan ke dalam dua tipe, yakni *distributive justice* dan *corrective justice. Distributive justice* didefinisikan sebagai : "*that which is manifested in distribution of honor or money or the other things that fall to be divided among those who have a share in the constitution, which may be allotted among its members in equal or in unequal shares".* Sedangkan *corrective justice* yang diistilahkan pula sebagai

[31]Plato, *Republik,* Pustaka Promethea, Yogyakarta, 2015, h.9.
[32]Raymond Wacks, *Justice,* Oneworld Publications, England, 2017, h.11.
[33]Agus Yudha Hernoko-1, *Op.Cit,* h.40 .

restorative form of justice didefinisikan sebagai tindakan untuk menyeimbangkan sesuatu hal yang tidak seimbang dikarenakan adanya ketidakadilan. *Distributive justice* tidak dapat diterapkan sebagai dasar lahirnya tanggung gugat, sedangkan *corrective justice* lebih tepat untuk menjadi dasar pertimbangan lahirnya tanggung gugat.[34]

Menurut Thomas Aquinas ada suatu keutamaan yang disebut keadilan, yang mengatur hubungan orang dengan orang lain dalam hal *iustum,* yakni apa yang sepatutnya bagi orang lain menurut kesamaan proporsional. Thomas membagi keadilan menjadi tiga, yakni :[35]

1. Keadilan distributif menekankan pada pengertian proporsional, sedangkan keadilan komutatif menekankan pada arti kesamaan atau *equal*.[36]
2. Keadilan tukar menukar atau komutatif, yang ukurannya bersifat aritmatis. Misalnya menyangkut barang yang ditukar antara pribadi seperti jual beli.
3. Keadilan legal, yang menyangkut keseluruhan hukum. Keadilan ini menuntut supaya orang tunduk pada semua undang-undang, karena undang-undang itu menyatakan kepentingan umum.

John Rawls dengan konsep yang dipakai yaitu *justice as a fairness* yang dalam Bahasa Indonesia dapat dikatakan sebagai keadilan sebagai kesetaraan. Rawls menggunakan konsep kontrak sosial sebagai interpretasi dari konsep Kant mengenai otonomi sebagai dasar dari etika dan prinsip keadilan adalah hasil dari

[34]Faizal Kurniawan, Erni Agustin, dan Rizky Amalia, 'Unsur Kerugian Dalam Unjustified Enrichment Untuk Mewujudkan Keadilan Korektif (Corrective Justice)', *Yuridika: Volume 33 No. 1, Januari 2018*, https://ojs2.e-journal.unair.ac.id/YDK/article/view/7201, h. 20, diakses pada 20 Agustus 2022.

[35]Theo Huijbers, *Filsafat Hukum Dalam Lintasan Sejarah.*, Kanisius, Yogyakarta, 1982, h.43.

[36]Munir Fuady-1., *Op.Cit*, h.111.

pilihan rasional. Pada kondisi awal setiap pihak dianggap dalam kondisi ketidaktahuan yang oleh Rawls disebut sebagai *veil of ignorance*. Secara jelasnya dengan kondisi ketidaktahuan ini maka para pihak pada awalnya atau dalam posisi asali yang disebut sebagaai *original position*, dianggap tidak memiliki pengetahuan tertentu yang dapat membuat suatu proses menjadi berjalan tidak adil.[37] Rawls mengutamakan keadilan bukan pada hasilnya tetapi lebih pada sistem yang meliputi prosedurnya. Putusan tersebut telah dipilih oleh pihak-pihak karena dianggap mampu memberikan keadilan. Memang kita tidak bisa mengharapkan semua orang akan menjabarkan semua pemikirannya dalam posisi awal ini, tetapi kita sama-sama yakin bahwa semua manusia mempunyai kebaikan hati dan itikad baik.[38] Di satu sisi keadilan menurut Rawls ini secara otomatis akan memberikan keadilan bagi yang posisinya lebih lemah, karena di sini tidak terjadi pertukaran kebebasan. tetapi di sisi lain juga akan menimbulkan keraguan apakah mungkin posisi awal ini benar-benar bersifat netral.

Prinsip keadilan sebagai *fairness* mengungkapkan gagasan bahwa prinsip-prinsip keadilan disepakati dalam situasi ideal yang *fair*. Bukan berarti keadilan disamakan dengan *fairness*. Tetapi dimaknai bahwa pihak-pihak yang terlibat dapat bekerja sama dalam kerangka yang akan mereka sepakati jika mereka bebas dan setara, dan hubungannya satu sama lain adalah fair. Suatu kelompok atau masyarakat yang memahami keadilan sebagai *fairness* dapat memenuhi prinsip-prinsip dimana orang-orang yang bebas dan setara dapat setuju dalam situasi yang

[37]Karen Leback, *Teori-Teori Keadilan, Cetakan ke-6,* Penerbit Nusa Media, Bandung, 2011, h.50.
[38]*Ibid.,* h.59.

fair, dengan anggota-anggota kelompok tersebut otonom. Masing-masing pihak dianggap rasional dan netral, dan tidak saling tertarik pada kepentingan satu sama lain.[39] Memang tidak dapat dipungkiri bahwa masalah keadilan baru muncul apabila ada konflik kepentingan karena adanya beda pandangan misalnya dalam pembagian keuntungan, sehingga diperlukan prinsip bagaimana tercapai kesepakatan mengenai pembagian yang layak.[40] Tujuan dari didapatkannya prinsip keadilan ini adalah terciptanya kondisi keadilan yaitu kondisi normal manusia dapat saling bekerja sama.[41] Prinsip keadilan harus dipilih dengan syarat-syarat tertentu, dalam situasi tertentu dan dengan rasional, tanpa menguntungkan atau merugikan salah satu pihak.[42] Oleh karena itu di sini pentingnya posisi asali yang setara, dimana masing-masing pihak mempunyai hak yang sama dalam memilih prinsip, terutama dalam menyampaikan usul dan penalarannya. Apabila terjadi ketidakcocokan dalam menentukan pilihan maka dapat dilakukan modifikasi dengan melakukan penilaian-penilaian kembali sehingga melahirkan penilaian yang sesuai yang disepakati. Kondisi ini oleh John Rawls disebut sebagai *reflective equilibrium*.[43]

Menurut John Rawls, perlu ada keseimbangan antara kepentingan pribadi dan kepentingan bersama. Keadilan adalah bagaimana ukuran dari keseimbangan itu harus diberikan. Teori keadilan yang memadai harus dibentuk berdasarkan pendekatan kontrak, di mana prinsip keadilan yang dipilih adalah merupakan

[39]John Rawls, *Teori Keadilan : dasar-dasar filsafat politik untuk mewujudkan kesejahteraan social dalam negara, Cetakan ke-3.*, Pustaka Pelajar, Yogyakarta, 2019, h.14.
[40]*Ibid.*, h.5.
[41]*Ibid.*, h.153.
[42]*Ibid.*, h.20.
[43]*Ibid.*, h.23.

kesepakatan bersama dari semua individu yang bebas, rasional, dan sederajat. Inilah yang mendukung teori *fairness*.[44] Pada posisi awal, setiap orang harus memahami dua prinsip keadilan yaitu :[45]

1. Setiap orang memiliki hak yang sama terutama hak atas kebebasan
2. Kesenjangan sosial dan ekonomi harus diatur sehingga dapat memberikan keuntungan yang sama bagi semua orang demikian kesempatan untuk mendapatkan jabatan yang sama.

Menurut Rawls kebebasan adalah yang lebih diutamakan dibandingkan dengan kesetaraan.

Dalam bidang kesehatan penilaian *fairness* ini minimal meliputi empat elemen, yang tidak berbeda dengan bidang lain, yaitu : [46]

1. Keadilan distributif, persepsi keadilan berdasarkan hasil yang diterima pasien misalnya perjanjian untuk bertemu dokter, pengobatan, akses saat dilakukan rujukan
2. Keadilan prosedural, dinilai dari bagaimana proses pengambilan keputusan, mulai sejak pemberian diagnosa sampai dengan pemberian rekomendasi untuk mengambil keputusan
3. Keadilan interpersonal, dinilai dari apakah penyelenggara layanan kesehatan melayani pasien dengan menghargai martabat pasien, respek, dan perhatian

[44]Muhamad Erwin, *Op.Cit.,* h. 305.
[45]John Rawls, *Op.Cit.,* h. 72.
[46]Camilla Holmvall, et.al, 'Applying Justice and Comitment Constructs to Patient Health Care Provider Relationship', *Can Fam Physician 2012;58:e159-65,* h.162, https://www.cfp.ca/content/cfp/58/3/e159.full-text.pdf diakses pada 2 Januari 2021.

4. Keadilan informational, dinilai dari penjelasan dan komunikasi dokter terhadap diagnosa dan terapi.

Kesetaraan dakam hubungan dokter dan pasien lebih tepat disebut sebagai keadaan proporsional atau *proportional equality*. Proporsional dimaknai bukan sebagai adil yang pembagiannya sama rata, tetapi diartikan sebagai sesuai proporsinya masing-masing sehingga sesuai dengan prinsip *fairness*. Proporsional juga tidak bisa disebut sebagai seimbang, karena seimbang lebih dimaknai sebagai sesuatu yang mempunyai alat ukur. Tetapi proporsional lebih ditujukan pada sesuatu yang tidak mempunyai alat ukur. Dapat dikatakan proporsional adalah suatu bentuk keadilan yang mengandung rujukan tersirat pada sebuah standar yang bervariasi. Kesulitannya adalah menentukan kapan hal yang sama diperlakukan sama, dan hal yang berbeda diperlakukan berbeda dan bagaimana kriteria yang dipakai untuk menentukan kapan sesuatu dianggap serupa dan berbeda.[47]

Dalam proses kesepakatan antara dokter dan pasien yang dapat dikatakan sebagai suatu bentuk kontrak meskipun tidak dapat juga disamakan begitu saja dengan kontrak dalam bidang perdagangan pada umumnya, tidak terlepas dari suatu bentuk kesepakatan yang diwujudkan dalam bentuk *informed consent*. Menurut etika medis, *informed consent* merupakan suatu bentuk otonomi. Demikian juga apabila dikaitkan dengan konsep keadilan Rawls bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama atas kebebasan dalam menentukan pilihan yang rasional. Kesepakatan dalam perikatan terapeutik apabila dikaitkan dengan keadilan sebagai *fairness*, diartikan sebagai keadaan yang saling kooperatif demi keuntungan

[47] H.L.A Hart, *Konsep Hukum, Cetakan ke-8,* Nusa Media Bandung, 2016, h.248

bersama.[48] Namun masih adanya nuansa paternalisme dalam hubungan dokter dan pasien menyebabkan kebebasan ini mungkin tidak dapat secara mutlak dimiliki oleh pasien. Paternalisme yang dilakukan oleh dokter tidak berarti bahwa dokter boleh menentukan sendiri dan memaksakan terapi bagi pasien, tetapi dokter mempunyai kewajiban yang tergolong *fiduciary duty* untuk melakukan yang terbaik untuk pasien misalnya memberikan petunjuk dan arahan bagi pasien sesuai kemampuannya sehingga pasien dapat menentukan pilihannya sendiri. Keadaan ini dapat terjadi dalam kondisi kegawatdaruratan di Instalasi Gawat Darurat, misalnya dalam kondisi pasien harus segera mendapatkan pertolongan dimana pasien tersebut tidak ada keluarga dan dalam kondisi tidak sadarkan diri. Jadi kondisi ketidaksetaraan hanya dibenarkan apabila ada hal yang tidak menguntungkan.

Hubungan dokter pasien perlu juga dikaji terkait hukum, moralitas, dan keadilan. Hart mengakui bahwa moral sebagai standar perilaku mempunyai hubungan dengan hukum.[49] Di satu sisi hukum juga mempunyai hubungan dengan keadilan. Hart berpandangan bahwa manusia hanya dapat hidup bersama orang lain apabila berlandaskan hukum dan keadilan. Ada kondisi manusia yang tidak akan berubah yang menyebabkan manusia itu harus bekerjasama yaitu :[50]

1. Kerentanan manusia
2. Kesetaraan yang hampir sama
3. Altruisme yang terbatas
4. Sumber daya yang terbatas

[48]John Rawls, *Op.Cit.,* h. 100
[49]Petrus C.K.L. Bello, *Hukum dan Moralitas Tinjauan Fislsafat Hukum.,* Penerbit Erlangga, Jakarta, 2012, h.43
[50]*Ibid.,* h.45

5. Keterbatasan pemahaman dan kemauan

Namun meskipun hukum dan moral mempunyai hubungan namun menurut Hart tidak mempunyai hubungan yang mutlak.[51] Tetapi sebenarnya meski hubungan hukum dan moral tidak berkaitan secara mutlak namun keduanya pasti berkaitan erat sehingga hukum selalu berada dalam pengawasan moral.[52] Demikian halnya dalam relasi dokter dan pasien. Karena hubungan ini menyangkut manusia yang mempunyai *dignity* atau martabat, maka jelas bahwa hukum dan keadilan dalam relasi dokter pasien tidak dapat dilepaskan dari moralitas.

Teori keadilan saat ini makin berkembang seringkali disebut sebagai teori keadilan modern, banyak mengkritisi teori keadilan yang sudah ada sebelumnya meskipun bukan berarti menentangnya. Contoh teori keadilan modern adalah yang dikemukakan oleh Amartya Sen dan Martha Nussbaum. Teori keadilan menurut Sen dikenal dengan *"capability approach"*. Jika Rawls mengutamakan pemenuhan hak dan harta benda, sedangkan Sen juga mempertimbangkan kebebasan *(freedom)* untuk memiliki dan menggunakan sesuatu serta haknya sehingga bermanfaat. Seseorang juga berhak mendapatkan informasi tentang pilihan yang tersedia, jadi dalam hal ini diutamakan adanya *respect for person*.[53] Di dalam *capability approach,* lebih ditekankan pada *"equality of what"*, bukan lagi sekedar "*why equality"*.[54] Sen juga beranggapan bahwa kebebasan seseorang adalah yang utama,

[51]*Ibid.,* h.101.
[52]*Ibid.,* h.110.
[53]Shirin M. Taherzadeh, 'Amartya Sen's Contribution to a Theory of Social Justice, Student Research Paper', *Faculty of Law the University of Cape Town*, 2012, h.89, diakses pada 2 Februari 2020.
[54]Amartya Sen, *The Idea of Justice*, The Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, 2009, h.295.

atau yang disebut sebagai *"priority of liberty*".[55] Menurut pendapat Sen, *capability approach* difokuskan pada kehidupan masyarakat itu sendiri. Tidak ada satu macam konsep yang dapat dipakai secara universal, karena konsep keadilan itu sangatlah kompleks. Masing-masing teori keadilan pasti memiliki keterbatasan. Sen menekankan teorinya pada kesejahteraan perorangan, kesehatan, pendidikan, hubungan sosial, dan berbagai aspek kehidupan manusia dengan pendekatan dari berbagai sisi sehingga manusia dapat diperlakukan secara holistik dalam mencapai tujuan yang lebih baik yaitu *good life*.[56] Pandangan Rawls bahwa kebebasan sebagai yang terutama adalah terlalu ekstrem menurut anggapan Sen, karena seharusnya kebebasan ini tetaplah memiliki prioritas.[57]

Pendapat lain dari Michael Sandel juga menyampaikan kritik tentang posisi asali dan selubung ketidaktahuan Rawls. Menurutnya tidak mungkin ada subjek tanpa dalam situasi yang tertanam dalam situasi kelompok tertentu dengan nilai dan keyakinan tertentu.[58] Martha Nussbaum menambahkan unsur lain dalam konsep keadilan, yang lebih sesuai dalam hubungan dokter dan pasien yang mempunyai kekhususan tersendiri tidak hanya sebagai suatu bentuk hubungan kontraktual. Hubungan yang adil tidak hanya memikirkan *"mutual advantage"* tetapi hubungan antara manusia masih terkait dengan unsur cinta dan belas kasihan *(love and pity)*, misalnya keadilan dalam hal *respect for disability* person.[59] Menurut Nussbaum tiap

[55]*Ibid.*, h.300.
[56]Raymond Wacks, *Op.Cit.*, h.83.
[57]Amartya Sen, *Op.Cit.*, h.65.
[58]Franz Magnis Suseno, *Pijar-Pijar Filsafat*, *Cetakan ke-7*, Penerbit Kanisius, Yogyakarta, 2005, h.201 .
[59] Christina Guirao Miron, 'The Ethical Foundation of Social Policy : Martha Nussbaum and Dependency', *Research on Ageing and Social Policy*, Vol.5, No.2, July 2017, pp.138-155, h.140, https://www.researchgate.net/publication/319594020_The_Ethical_Foundations_of_Social_Policy_Martha_Nussbaum_and_Dependency diakses pada 4 Januari 2020.

manusia memiliki martabat. Terdapat 10 macam kapabilitas manusia *(central human capabilities)*, yaitu :[60]

1. Kehidupan *(life)*
2. Kesehatan badan *(bodily health)*
3. Integritas badan *(bodily integrity)*
4. Imaginasi, rasa, dan pikiran *(imagination, sense, thought)*
5. Emosi *(emotions)*
6. Alasan *(practical reason)*
7. Afiliasi *(affiliation)*
8. Makhluk lain *(other species)*
9. Rekreasi *(play)*
10. Kontrol terhadap lingkungan *(control over one's environment)*

Nussbaum dan Sen sama-sama berfokus pada hak manusia. Oleh karena itu perlu diberikan perhatian kepada orang yang lebih lemah misalnya orang tua dan anak-anak atau orang dengan keterbatasan mental ataupun mental. Di samping itu ada juga golongan yang disebut sebagai golongan dengan *extreme dependency*.[61]

Ronald Dworkin dalam bukunya *Justice for Hedgehogs* menyebutkan bahwa etika dan moral saling berkaitan. Etika menekankan pada apa yang harus dilakukan seseorang untuk hidup baik, sedangkan moral adalah bagaimana seseorang memperlakukan orang lain.[62] Seseorang yang secara moral bertanggung jawab akan selalu mencari kebenaran.[63] Dalam mengutarakan teori keadilannya, Dworkin mengutamakan etika. Apakah dalam memberikan pertolongan kepada orang lain berdasarkan alasan orang tersebut membutuhkan pertolongan ataukah

[60]Raymond Wacks, *Op.Cit*., h.85.

[61]Martha C. Nussbaum, 'Capabilities as Fundamental Entitlements : Sen and Social Justice', *Feminist Economics 9(2-3), 2003, 33-59,* h. 45, https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1354570022000077926 diaskes pada 2 Oktober 2020.

[62]Ronald Dworkin, *Justice for Hedgehogs*, The Belknap press of Harvard University Press, 2011, h.25.

[63]*Ibid.*, h.113.

memang kewajibannya untuk menolong orang lain.[64] Dworkin juga mengemukakan prinsip efek ganda *(double effect)* yang seringkali ditemukan dalam hubungan dokter dan pasien. Prinsip efek ganda ini juga sering ditemukan dalam diskusi tentang etika, yang diartikan sebagai kapan dan dalam kondisi bagaimana kita diijinkan untuk membahayakan orang lain untuk melindungi dan untuk kepentingan orang lain juga.[65]

Asas dalam praktik kedokteran tercantum dalam Pasal 2 UU Praktik Kedokteran, yang berbunyi : "Praktik kedokteran dilaksanakan berdasarkan Pancasila dan didasarkan pada nilai ilmiah, manfaat, keadilan, kemanusiaan, keseimbangan, serta perlindungan dan keselamatan pasien". Pada bagian penjelasan, keadilan diartikan sebagai penyelengaaraan praktik kedokteran harus mampu memberikan pelayanan yang adil dan merata kepada setiap orang dengan biaya yang terjangkau oleh masyarakat serta pelayanan yang bermutu. Sedangkan keseimbangan diartikan sebagai penyelengaraan praktik kedokteran tetap menjaga keserasian serta keselarasan antara kepentingan individu dan masyarakat.

Menurut Veronica Komalawati, salah satu asas dalam pelayanan medik yang bersumber pada prinsip etis yang berlaku dalam pergaulan dalam masyarakat salah satunya adalah asas keseimbangan, dimana hukum berfungsi untuk memberikan kepastian dan perlindungan, serta memulihkan keseimbangan yang terganggu pada keadaan semula. Artinya pelayanan kesehatan harus

[64]*Ibid.,* h.194.
[65]*Ibid*., h.291.

diselenggarakan secara seimbang antara kepentingan individu dan masyarakat, antara fisik dan mental, antara material dan spiritual.[66]

Asas keseimbangan yang dimaksud pada UU Kesehatan ialah keseimbangan antara kepentingan individu dan masyarakat. Makna ini tidak terlalu jelas untuk dapat dipahami dan dilaksanakan. Keseimbangan disini seharusnya lebih tepat dimaknai dalam hubungan antara dokter sebagai pemberi layanan medik dan pasien sebagai penerima layanan medik. Keadilan dalam hubungan dokter dan pasien dapat berupa keadilan yang proporsional.

Agus Yudha Hernoko mengemukakan asas proporsionalitas dalam kontrak yang lebih mudah dipahami.[67] Asas proporsionalistas sesuai bila dikaitkan dengan relasi dokter-pasien sebagai suatu kontrak, dimana transaksi para pihak yang berkontrak sesuai dengan apa yang diinginkan. Asas proporsionalitas mengkoreksi dominasi asas kebebasan berkontrak, dan mengarah kepada keadilan berkontrak yang diwujudkan dengan dua macam pendekatan yaitu :[68]

a. Pendekatan prosedural, yang menitikberatkan pada kebebasan berkehendak dalam suatu kontrak.
b. Pendekatan substantif, yang menekankan pada kandungan atau substansi atau pelaksanaan kontrak. Dalam hal ini perlu diperhatikan adanya kepentingan yang berbeda.

[66]Veronica Komalawati, *Peranan Informed Consent dalam Transaksi Terapeutik (Persetujuan dalam Hubungan Dokter dan Pasien Suatu Tinjauan Yuridis)*, Citra Aditya Bakti, Bandung, 2002, h.125.
[67]Agus Yudha Hernoko-1, *Op.Cit*, h.47.
[68]*Ibid*, h.50.

Asas proporsionalitas tidak menekankan pada keseimbangan atau kesamaan hasil secara matematis, namun lebih menekankan pada proporsi pembagian hak dan kewajiban di antara para pihak yang berlangsung secara layak dan patut *(fair and reasonableness).* Masih dimungkinkan adanya pertukaran gagasan secara bebas yang pada akhirnya kedua belah pihak akan mencapai kesepakatan bersama, yang merefleksikan kepentingan semua pihak yakni otonomi masing-masing pihak (dokter dan pasien).[69] Eropa sejak diundangkannya *The Mental Health Act Code of Practice* yang merupakan kelanjutan dari *Mental Health Act 2007*, mulai mempertimbangkan asas proporsionalitas dalam bidang kesehatan.[70]

Otonomi pasien sering dianggap bertentangan dengan *beneficence*. Sebenarnya dua hal ini tidaklah patut dipertentangkan asalkan pasien mendapatkan informasi yang cukup dan transparan sehingga dia dapat mengambil keputusan yang rasional. Namun dalam kaitannya dengan keadaan yang proporsional, dokter juga mempunyai otonomi yang meliputi tiga hal :[71]

a. Otonomi sebagai manusia yang berkaitan dengan moral
b. Otonomi sebagai dokter atau professional, dimana seorang dokter mempunyai kewajiban untuk menggunakan ilmu pengetahuaannya dengan baik dan bijaksana

[69]*Ibid*, h.86

[70]Martin Curtice, et.al, 'The Proportionality Principle and What It Means in Practice', *The Psychiatrist (2011),35,111-116*, doi:10.1192/pb.bp.110.032458, h. 114, https://www.scie-socialcareonline.org.uk/the-proportionality-principle-and-what-it-means-in-practice/r/a1CG0000000GiyaMAC diakses pada 4 Februari 2021.

[71]Edmund D. Pellegrino, 'Patient and Physician Autonomy : Conflicting Rights and Obligations in the Physician-Patient Relationship', *Journal of Contemporary Health Law & Policy, Vol 10:47*, h.98, http://scholarship.law.edu/jhclp/vol10/iss1/8 diakses pada 15 Februari 2021.

c. Otonomi sebagai anggota suatu komunitas professional, yang mempunyai kewajiban secara kolektif terhadap kesehatan pasien dan masyarakat

Relasi dokter-pasien berdasarkan etika, maka demi untuk kepentingan dan kebaikan pasien maka dokter harus mempertimbangkan suatu kondisi tertentu apabila keterbukaan informasi tersebut akan memberikan efek negatif bagi psikologis pasien maka dokter tidak seharusnya menjelaskan kepada pasien.[72] *Martin Pernick* menyimpulkan berdasarkan sumber-sumber dalam abad ke-19, proses *"truth telling"* adalah suatu tradisi asli dalam ilmu kedokteran, dimana ilmu pengetahuan dari dokter dan otonomi dari pasien akan memberikan efek yang menguntungkan bagi kesehatan pasien.[73]

B. Teori Perlindungan Hukum

Esensi dari hukum adalah terciptanya keadilan sehingga hukum itu harus adil. Seperti yang diucapkan oleh Justianus *"ius est ars boni et aequi"* yang maknanya adalah hukum adalah kesenian tentang yang baik dan yang adil.[74] Harapan masyarakat adalah keberadaan hukum dapat melindungi dan mengayomi segala kepentingannya sehingga menciptakan kepastian, ketenangan, kedamaian, keamanan, dan ketertiban. Menurut ajaran Gustav Radbruch, meskipun tiga tujuan

[72]Marc Stauch dan Kay Wheat, *Text, Cases, and Materials on Medical Laws and Ethics, 5th edition*, Routledge, London and New York, 2015, h.17.

[73] Ruth R. Faden dan Tom L. Beauchamp, *A History and Theory of Informed Consent*, Oxford University Press, 1986, h.56.

[74]Sadjijono, *Hukum Antara Sollen dan Sein (dalam perspektif hukum praktek di Indonesia)*, UBHARA Press & LaksBang PRESSindo, Surabaya, 2017, h.5.

hukum yaitu keadilan, kemanfaatan, dan kepastian tidak selalu dapat diwujudkan secara keseluruhan tetapi yang terpentig adalah terwujudnya keadilan.[75]

Menurut Plato, hukum adalah instrumen untuk memghadirkan keadilan dalam situasi ketidakadilan. Teori tentang hukum menurut Plato adalah:[76]

1. Hukum merupakan tatanan terbaik untuk menangani fenomena yang penuh ketidakadilan.
2. Aturan hukum harus dihimpun dalam satu kitab, supaya tidak menimbulkan kekacauan.
3. Setiap undang-undang harus didahului oleh preambule tentang motif fan tujuannya, sehingga masyarakat memahami kegunaan menaati hukum dan secara sadar menaati hukum bukan karena takut dihukum.
4. Tugas hukum adalah membimbing para warga lewat undang-undang, dan orang yang melanggar harus dihukum. Tetapi hukuman tersebut bukan sebagai bentuk balas dendam.

Menurut Aristoteles, ada tiga hukum alam yang merupakan prinsip keadilan utama yang mengikat semua orang baik masyarakat maupun penguasa, yaitu :[77]

1. *Honeste vivere* (hidup secara terhormat).
2. *Alterum non laedere* (tidak mengganggu orang lain).
3. *Suum quique tribuerre* (memberi kepada tiap orang bagiannya).

[75]Aprianto Nusa Damang, *Asas dan Dasar-Dasar Ilmu HuKum (Suatu Pengantar Praktis Menuju Pemahaman Ilmu Hukum Secara Komprehensif)*, Gentra Press, 2017, h.25.
[76]Bernard L. Tanya, Yoan N Simanjuntak, dan Markus Y Hage, *Teori Hukum Strategi tertib Manusia Lintas Ruang dan Generasi edisi Revisi*, Genta Publishing, 2013, h.39.
[77]*Ibid.*, h.42.

Hukum merupakan alat yang paling praktis untuk mencapai kehidupan yang baik, adil, sejahtera. Hukum mengikat semua orang, dan keadilan hukum dipahami dalam pengertian kesamaan.

Pandangan Epicurus (342-271 BC),[78] manusia pada dasarnya adalah individualistis. Hukum sebagai aturan publik dipandang sebagai tatanan untuk melindungi kepentingan-kepentingan perorangan tersbut. Aturan diperlukan untuk mencegah terjadinya kekerasan dan menghindari ketidakadilan karena konflik antar individu yang selalu muncul. Sehingga hukum bertugas sebagai instrumen ketertiban dan keamanan.

Hukum diperlukan sebagai alat untuk menciptakan masyarakat yang aman dan damai. Menurut Thomas Hobbes[79], manusia dikuasai oleh nafsunya sendiri-sendiri demi kepentingannya. Jika tidak ada hukum maka mereka akan mengejar kepentingannya sendiri dan saling berperang, individu akan saling membinasakan *(homo homini lupus).* Maka hukum berfungsi untuk mengamankan masing-masing individu, namun diperlukan penguasa yang mempunyai kekuasaan untuk menegakkannya.

Tidak seperti pandangan Hobbes, John Locke[80] beranggapan bahwa masyarakat hidup dalam suasana tertib dan mereka hidup dalam damai dengan dituntun rasio. Mereka dapat hidup demikian karena hak-haknya tidak dilanggar. Hukum yang dibuat dalam negara bertugas melindungi hak-hak dasar manusia. Rakyat melalui lembaga legislatif berhak menentukan isi sebuah aturan. Cita

[78]*Ibid.,* h.46.
[79]*Ibid.,* h.62.
[80]*Ibid.,* h.66.

hukum bertujuan untuk melestarikan masyarakat, melarang menghancurkan hidupnya, dan melarang merampas hidup dan kekayaan orang lain.[81]

Selanjutnya Immanuel Kant[82] mengungkapkan secara eksplisit bahwa hukum adalah pelindung hak-hak asasi dan kebebasan warganya. Manusia mempunyai otonomi. Dalam pelaksanaan otonomi ini ada kemungkinan manusia yang satu akan merugikan yang lain. Maka untuk menghindari kerugian itu dibentuklah hukum. Dalam hal inilah timbul kewajiban untuk menaati hukum.

Teori perlindungan hukum yang dikemukakan oleh Philippus M Hadjon ada dua macam yaitu :[83]

1. Perlindungan hukum preventif, yaitu bentuk perlindungan hukum dimana kepada rakyat diberi kesempatan, mengajukan keberatan atau pendapatnya sebelum suatu keputusan pemerintah mendapat bentuk yang definitive.
2. Perlindungan hukum represif, yaitu bentuk perlindungan hukum dimana lebih ditujukan dalam penyelesaian sengketa. Secara konseptual perlindungan hukum yang diberikan bagi rakyat adalah implementasi dari prinsip pengakuan dan perlindungan terhdap harkat dan martabat manusia yang bersumber pada Pancasila dan prinsip negara hukum yang berdasarkan Pancasila.

Indonesia sebagai negara hukum mengandung konsekuensi bahwa Indonesia berpegang pada supremasi hukum yaitu menggunakan hukum sebagai landasan pijak perbuatan masyarakat dan aparat penegak hukum. Sebagai

[81]*Ibid*., h.67.
[82]*Ibid*., h.71.
[83]Philipus M. Hadjon, *Perlindungan Hukum Bagi Rakyat di Indonesia : sebuah studi tentang prinsip-prinsipnya, penanganannya oleh pengadilan dalam lingkungan peradilan umum dan pembentukan peradilan administrasi*, Peradaban, Surabaya, 1987, h.3.

perwujudan penghormatan terhadap supremasi hukum, menurut Muladi salah satu nilai yang harus dijunjung adalah proses pembuatan peraturan perundang-undangan, proses penegakan dan pembudayaan hukum yang mempertimbangkan aspirasi suprastruktur, infrastruktur, kepakaran, dan aspirasi internasional sehingga nantinya penegakan hukum ini akan beorientasi pada penyelesaian konflik secara tuntas.[84]

Dalam relasi dokter pasien yang bertujuan keadilan terutama dalam hal perlindungan hukum bagi semua pihak, tentunya masih banyak aturan hukum yang masih kabur maupun seolah bertentangan atau konflik. Apabila terdapat hukum yang kabur salah satu cara mengatasinya adalah dengan penafsiran hukum. Contohnya penjelasan pada undang-undang seringkali dituliskan "sudah jelas" meskipun sering menimbulkan interpretasi yang berbeda karena kekurangjelasannya. Sedangkan apabila terjadi konflik maka dapat digunakan pedoman asas hukum *lex posteriori derogate legi priori, lex superior derogate legi inferiori, lex spesialis derogate legi generalis*, atau apabila ada konflik antara putusan pengadilan dengan peraturan perundang-undangan maka menggunakan asas *res judicata pro veritate habetur* (putusan hakin dianggap benar).[85]

Pembedaan hukum menurut waktu berlakunya adalah hukum yang berlaku saat ini *(ius constitutum)* dan hukum yang berlaku di masa depan atau hukum yang dicita-citakan *(ius constituendum)*. *Ius constitutum* kini merupakan *ius*

[84]Sadjijono, *Op.Cit.*, h. 38.
[85]Sudikno Mertokusumo, *Penemuan Hukum Sebuah Pengantar edisi revisi*, Cahaya Atma Pustaka, Yogyakarta, 2014, h.32. (selanjutnya disebut Sudikno Mertokusumo-1)

constituendum pada masa lampau. Perubahan *ius constitutum* menjadi *ius constituendum* dapat melalui berbagai cara :[86]

a. Digantinya undang-undang dengan undang-undang baru.
b. Perubahan undang-undang yang sudah ada denga memasukkan unsur-unsur baru (unsur baru pada mulanya merupakan *ius constituendum*).
c. Penafsiran peraturan perundang-undangan dimana penafsiran masa kini mungkin berbeda dengan masa lampau (penafsiran masa kini dahulu merupakan *ius constituendum*).
d. Perkembangan doktrin atau pendapat ahli hukum

Demikian juga halnya di dalam peraturan perundang-undangan dalam hal relasi dokter pasien yang saat ini telah ada sebagai *ius constitutum*, tentunya mempunyai unsur *ius constituendum* sehingga akan dapat mewujudkan keadilan yang proporsional antara dokter dan pasien dalam pelayanan kesehatan terutama dalam hal perlindungan hukum.

C. Teori Hak dan Kewajiban

Hak merupakan sesuatu yang melekat pada manusia baik pada aspek fisik maupun aspek eksistensialnya. Posisi hak bukan hanya pada hukum perdata saja, tetapi pada semua hukum. Hukum memang dibuat karena adanya hak.[87] Ada beberapa pendapat ahli mengenai hak, misalnya Feinberg[88] yang mengeluarkan teori bahwa hak tidak dapat dilepaskan dari hakikat manusia sendiri :

[86]Purnadi Purbacaraka dan Soerjono Soekanto, *Aneka Cara Pembedaan Hukum*, Alumni, Bandung, 1980, h.7.

[87]Peter Mahmud Marzuki, *Pengantar Ilmu Hukum, edisi revisi*, Kencana, Jakarta, 2011, h.148. (Selanjutnya disebut Peter Mahmud Marzuki-1)

[88]*Ibid*, h.150

> *"…indispensably valuable possessions. A world withput theem, no matter how full of benevolence and devotion to duty, would suffer an immense moral impoverishment…Rights…are not mere gifts or favour…for which gratitude is the sole fitting response. A right is something that can be demanded or insisted upon without embarrassment or shame. A world with claim-right is one in which all persons, as actual or potential claimants, are dignified objects of respect…No amount of love or compassion, or obedience to hogher authority, or noblesse oblige, can substute for those values."*

Pandangan lain menurut Dworkin yang menyebutkan : *"Rights are the best understood as trumps over some background justification for political decisions that the state a goal for the community as a whole."* Diartikan bahwa hak adalah sesuatu yang dijunjung tinggi oleh siapapun. Hal ini mendasari bahwa hak bukan diciptakan oleh hukum, tetapi hak yang memaksa adanya hukum. Diakui atau tidak oleh hukum, hak itu tetaplah ada sebagai bagian dari keberadaan manusia.[89] Sebagai manusia kita harus mendahulukan kewajiban daripada hak, meskipun dalam masyarakat individualis terdapat kecenderungan menuntut pelaksanaan hak asasi secara mutlak atau berlebihan yang dapat berisiko melanggar hak asasi orang lain.[90]

Kehadiran hukum dalam masyarakat berguna untuk mengintegrasikan kepentingan-kepentingan dalam masyarakat. Hukum melindungi kepentingan seseorang dengan cara mengalokasikan suatu kekuasaan padanya untuk bertindak sesuai kepentingannya, tetapi hal ini dilakukan secara terukur. Kekuasaan inilah yang disebut hak. Antara hak dan kewajiban hubungannya sangat erat.[91] Setiap hubungan hukum yang diciptakan oleh hukum selalu mempunyai dua segi yang isinya di satu pihak hak, dan di pihak lain kewajiban. Tidak ada hak tanpa

[89]*Ibid*, h.155
[90]Astutik, *Aborsi Akibat perkosaan Dalam Perspektif Hukum Kesehatan*, Zifatama Jawara, Sidoarjo, 2020, h.19.
[91]Satjipto Rahardjo, *Ilmu Hukum*, Citra Aditya Bakti, Bandung, 2012, h. 53

kewajiban, sebaliknya tidak ada kewajiban tanpa hak.[92] Ciri-ciri yang melekat pada hak menurut hukum adalah sebagai berikut :[93]

1. Hak itu dilekatkan kepada seseoang yang disebut sebagai pemilik atau subjek dari hak itu. Ia juga disebut sebagai orang yang memiliki titel atas barang yang menjadi sasaran dari hak.
2. Hak itu tertuju kepada orang lain, yaitu yang menjadi pemegang kewajiban. Antara hak dan kewajiban terdapat hubungan korelatif.
3. Hak yang ada pada seseorang ini mewajibkan pihak lain untuk melakukan *(commission)* atau tidak melakukan *(omission)* sesuatu perbuatan. Ini bisa disebut sebagai isi dari hak.
4. *Commission* atau *omission* ini menyangkut sesuatu yang bisa disebut objek dari hak.
5. Setiap hak menurut hukum itu mempunyai titel, yaitu suatu peristiwa tertentu yang menjadi alasan melekatnya hak itu pada pemiliknya.

Kewajiban dapat dikelompokkan sebagai berikut :[94]

a. Kewajiban yang mutlak dan nisbi.

   Kewajiban mutlak adalah kewajiban yang tidak mempunyai pasangan hak.

b. Kewajiban publik dan perdata.

   Kewajiban publik adalah yang berkorelasi dengan hak publik, seperti kewajiban mematuhi hukum pidana. Kewajiban perdata adalah korelatif dari hak perdata, seperti kewajiban yang timbul dari perjanjian.

---

[92]Sudikno Mertokusumo, *Mengenal Hukum Suatu Pengantar,* Liberty, Yogyakarta, 2008, h.40 (Selanjutnya disebut Sudikno Mertokusumo-2).

[93]Satjipto Rahardjo, *Op.Cit.,* h. 55

[94]*Ibid.,* h.60

c. Kewajiban positif dan negatif.

   Kewajiban positif mewajibkan dilakukannya perbuatan positif, seperti menyerahkan barang. Kewajiban negatif adalah kewajiban tidak melakukan sesuatu.

d. Kewajiban universal, umum, dan khusus.

   Kewajiban universal ditujukan pada semua warga negara, misalnya yang timbul dari undang-undang. Kewajiban umum ditujukan pada orang-orang tertentu. Kewajiban khusus adalah yang timbul dari bidang hukum tertentu, misalnya dalam hukum perjanjian.

e. Kewajiban primer dan yang bersifat memberi sanksi.

   Kewajiban primer adalah yang tidak timbul dari perbuatan melawan hukum. Kewajiban yang bersifat memberi sanksi adalah yang semata-mata timbul dari perbuatan melawan hukum.

Hak dapat dikelompokkan sebagai berikut :

a. Hak yang sempurna dan tidak sempurna.

   Hak yang sempurna adalah yang dapat dilaksanakan melalui hukum, serta dapat dilakukan pemaksaan oleh hukum. Hak yang tidak sempurna adalah yang diakui oleh hukum tapi tidak selalu dilaksanakn oleh pengadilan.

b. Hak utama dan tambahan,

   Hak utama adalah yang diperluas oleh hak-hak lain. Hak tambaha adalah yang melengkapi hak utama.

c. Hak publik dan perdata.

Hak publik adalah yang ada pada masyarakat umumnya yaitu negara. Hak perdata adalah yang ada pada perirangan.

d. Hak positif dan negatif.

   Hak positif menuntut dilakukan perbuatan-perbuatan positif

e. Hak milik dan pribadi.

   Hak milik berhubungan dengan barang yang dimiliki sseseorang yang biasanya bisa dialihkan. Hak pribadi berhubungan dengan kedudukan seseorang yang tidak pernah bisa dialihkan.

Pembahasan mengenai hak pasien dan hak dokter tidak akan dapat dilepaskan dari hak asasi manusia seperti tercantum dalam *Declaration of Human Rights* PBB pada tahun1948*, yaitu :*[95]

a. Setiap orang dilahirkan merdeka dan memiliki hak yang sama. Mereka dikaruniai akal dan budi, dan hendaknya bergaul satu sama lain dalam persaudaraan.
b. Manusia dihormati sebagai manusia tanpa memperhatikan wilayah asal dan keturunannya.
c. Setiap orang tidak boleh diperlakukan secara kejam.
d. Setiap orang diperlakukan sama di depan hukum, dan tidak boleh dianggap bersalah kecuali pengadilan telah menyalahkannya.
e. Setiap orang berhak mendapat pendidikan, pekerjaan, dan jaminan sosial.
f. Setiap orang berhak memberikan pendapat.

[95]M.Jusuf Hanafiah dan Amri Amir, *Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan,* edisi 4, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta, 2014, h.48.

g. Setiap orang berhak mendapat pelayanan dan perawatan kesehatan bagi dirinya dan keluarganya, juga jaminan ketika menganggur, sakit, cacat, menjadi janda, usia lanjut, atau kekurangan nafkah yang disebabkan oleh hal-hal diluar kekuasaannya.

Berikut diuraikan hak dan kewajiban pasien dan dokter sebagai pihak dalam perjanjian terapeutik :

a. Hak dan kewajiban pasien

Menurut deklarasi hak-hak pasien di Eropa pada tahun 1994, pasien mempunyai hak sebagai berikut :[96]

1. Hak untuk dihargai sebagai makhluk hidup *(right to respect as a human being).*
2. Hak untuk menentukan nasib sendiri *(right to self determination).*
3. Hak untuk mendapat keamanan *(right to physical and mental integrity and to the security of his/her person).*
4. Hak untuk memiliki nilai moral, budaya, agama, serta penghargaan terhadap filosofinya *(right to have moral and cultural values and religious and philosophical respected).*
5. Hak untuk mendapat perlindungan akan kesehatan dalam pencegahan dan pelayanan kesehatan, serta kesempatan untuk mendapat standar kesehatan tertinggi *(right to such protection of health as is afforded by*

[96]*Declaration on the Promotion of Patients Rights in Europe*, European Consultation of the Rigths of Patients, Amsterdam 1994.

appropriate measures for disease prevention and health care, and to the opportunity to pursue his or her own highest attainable level of health).

Pada tahun 1969, *Joint Comission on Acrreditation of Hospital* suatu organisasi non pemerintahan dalam bidang akreditasi rumah sakit diminta oleh kelompok masyarakat untuk mengeluarkan pernyataan atau mengubah aturan mengenai pasien. Pada bulan Juni 1970, *National Welfare Rights Organization* mengeluarkan 26 proposal mengenai hak-hak pasien. Saat inilah dianggap sebagai awal pergerakan hak-hak pasien. Pada tahun 1973, *American Hospital Association* mempublikasikan *The AHA Patient's Bill of Rights* yang mempunyai dua tujuan yaitu :[97]

1. Mengurangi klaim malpraktik yang berhubungan dengan ketidakpuasan pasien.
2. Mempertemukan keinginan pasien dan sarana kesehatan.

The AHA Patient's Bill of Rights dijabarkan sebagai berikut ::

a. Pasien mempunyai hak untuk mendapatkan informasi dari dokter secara lengkap mengenai diagnosa, terapi, dan prognosa yang dapat dimengerti pasien.
b. Pasien mempunyai hak untuk menerima informasi dari dokter yang berguna untuk proses pengambilan keputusan sebelum memulai semua prosedur dan/atau tindakan.
c. Pasien mempunyai hak untuk menolak tindakan medis dan mendapatkan informasi akan konsekuensi medis terhadap pilihannya.

[97]Ruth R. Faden, Tom L.Beauchamp, *Op.Cit.*, h.94.

d. Pasien mempunyai hak untuk mendapatkan informasi akan hubungan rumah sakit tempat ia dirawat dengan sarana kesehatan lain serta dengan sara pendidikan sejauh pelayanannya tetaplah menjadi hal yang utama.

Berbicara tentang hak pasien tentunya tidak dapat dilepaskan pula mengenai tanggung jawab atau kewajiban pasien. Kewajiban pasien secara global tidaklah terlalu banyak memiliki perbedaan di seluruh belahan dunia. Sebagai contoh adalah kewajiban atau tanggung jawab pasien menurut *Health University of Utah :*[98]

a. Memberikan informasi yang benar dan lengkap tentang status dan riwayat kesehatannya.
b. Mengajukan pertanyaan apabila pasien tidak memahami informasi atau perintah.
c. Memberikan informasi pada petugas kesehatan apabila pasien tidak dapat mengikuti rencana terapi.
d. Menerima konsekuensi yang akan terjadi apabila pasien memutuskan untuk menolak terapi atau perintah dokter.
e. Bekerja sama dengan tenaga kesehatan.
f. Menghormati hak dan milik pasien-pasien lain.
g. Memberitahukan pada tenaga kesehatan obat-obatan yang dibawa dari rumah
h. Melaporkan perubahan status kesehatan yang dialaminya.

[98]"Patients and Responsibility", *Health University of Utah*, 2017, https://www.healthcare.utah.edu/hospital/rights.php diakses pada 1 Juli 2022.

Menurut Pasal 52 UU Praktik Kedokteran, hak pasien yaitu :

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

Selain itu pada Pasal 53 UU Praktik Kedokteran, disebutkan pula tentang kewajiban pasien yaitu :

a. Memberikan informasi yang jujur dan lengkap tentang masalah kesehatannya.
b. Mematuhi nasihat dan petunjuk dokter.
c. Mematuhi ketentuan yang berlaku ddi sarana pelayanan kesehatan.
d. Memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diterima.

b. Hak dan kewajiban dokter

Dalam suatu hubungan hukum hak dan kewajiban di satu pihak akan menimbulkan hak dan kewajiban di lain pihak, demikian juga dalam hubungan hukum dokter dan pasien. Dalam Kode Etik Kedokteran Indonesia 2012 (selanjutnya disebut KODEKI), terdapat empat kewajiban dokter yaitu: [99]

1. Kewajiban umum (dalam pasal 1 sampai dengan 13).
2. Kewajiban terhadap pasien (dalam pasal 14 sampai dengan 17).
3. Kewajiban terhadap teman sejawat (dalam pasal 18 dan 19).

[99]Kode Etik Kedokteran Indonesia, 2012

4. Kewajiban terhadap diri sendiri (dalam pasal 20 dan 21).

Sedangkan menurut Fred Ameln kewajiban dokter dibagi menjadi tiga kategori yaitu : [100]

1. Kewajiban yang berkaitan dengan fungsi sosial pemeliharaan kesehatan *(health care).* Kategori inimenekankan kepentingan masyarakat luas, bukan hanya kepentingan pasien saja.
2. Kewajiban yang berkaitan dengan hak-hak pasien.
3. Kewajiban yang berkaitan dengan standar profesi medik dan yang timbul dari hal tersebut.

Kewajiban dokter ini tidak terlepas dari lafal sumpah dokter yang berbunyi :

Demi Allah saya bersumpah/saya berjanji, bahwa :

1. Saya akan membaktikan hidup saya guna kepentingan perikemanusiaan.
2. Saya akan menjalankan tugas dengan cara yang terhormat dan bersusila sesuai dengan martabat pekerjaan saya sebagai dokter.
3. Saya akan memelihara dengan sekuat tenaga martabat dan tradisi luhur profesi kedokteran.
4. Saya akan merahasiakan segala sesuatu yang saya ketahui karena keprofesian saya.
5. Saya tidak akan menggunakan pengetahuan saya untuk sesuatu yang bertentangan dengan perikemanusiaan, sekalipun diancam
6. Saya akan menghormati setiap hidup insani mulai saat pembuahan.
7. Saya akan senantiasa mengutamakan kesehatan pasien, dengan memperhatikan kepentingan masyarakat.
8. Saya akan berikhtiar dengan sungguh-sungguh supaya saya tidak terpengaruh oleh pertimbangan keagamaan, kebangsaan, kesukuan, gender, politik, kedudukan sosial dan jenis penyakit dalam menunaikan kewajiban terhadap pasien.
9. Saya akan memberi kepada guru-guru saya penghormatan dan pernyataan terima kasih yang selayaknya.
10. Saya akan perlakukan teman sejawat saya seperti saudara kandung.
11. Saya akan mentaati dan mengamalkan Kode Etik Kedokteran Indonesia.
12. Saya ikrarkan sumpah ini dengan sungguh-sungguh dan dengan mempertaruhkankehormatan diri saya.

[100]Chrisdiono M. Achadiat, *Dinamika Etik dan Hukum Kedokteran Dalam Tantangan Jaman,* EGC, 2007, h.11

Sebagai manusia, dokter juga memiliki tanggung jawab pribadi dan terhadap keluarganya di samping tanggung jawab profesinya dalam masyarakat. Oleh karena itu dokter memiliki hak-hak :[101]

1. Melakukan praktik dokter setelah memperoleh sesuai ketentuan yang berlaku.
2. Memeperoleh informasi yang benar dan lengkap dari pasien dan/atau keluarganya tentang penyakitnya.
3. Bekerja sesuai standar profesi.
4. Menolak melakukan tindakan medik yang bertentangan dengan etika, hukum, agama, dan hati nuraninya.
5. Mengakhiri hubungan dengan seorang pasien jika menurutnya kerja sama dengan pasien tidak berguna lagi kecuali dalam keadaan darurat.
6. Menolak pasien yang buka bidang spesialisasinya, kecuali dalam keadaan darurat atau tidak ada dokter lain yang mampu.
7. Hak atas kebebasan pribadi *(privacy)* dokter.
8. Ketentraman bekerja..
9. Mengeluarkan surat keterangan dokter.
10. Menerima imbalan jasa, dengan berpedoman pada :
    a. Kemampuan pasien/keluarga
    b. Sifat pertolongan yang diberikan.

[101]M.Jusuf Hanafiah dan Amri Amir, *Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan,* edisi 4, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta, 2014, h.54.

c. Waktu pelayanan kedokteran.

d. Tidak menerima imbalan jasa dari teman sejawat.

11. Menjadi anggota perhimpunan profesi.

12. Hak membela diri.

Pasal 50 dan 51 UU Praktik Kedokteran memuat secara terperinci mengenai hak dan kewajiban dokter. Selain itu pada Pasal 36 sampai dengan 49 UU Praktik Kedokteran juga disebutkan kewajiban dokter yang berkaitan dengan penyelenggaraan praktik kedokteran, tentang standar pelayanan, tentang persetujuan tindakan kedokteran, tentang pembuatan rekam medis, tentang rahasia medis, serta tentang kendali mutu dan biaya. Hak dan kewajiban dokter sebagai tenaga kesehatan juga tercantum dalam pasal 57 sampai dengan 61 Undang Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (selanjutnya disebut UU Tenaga Kesehatan).

Undang-Undang Praktik Kedokteran mendahulukan penjabaran hak dokter dan dokter gigi dibandingkan kewajiban dokter dan dokter gigi serta hak dan kewajiban pasien. Dokter mempunyai kewajiban yang disebut dengan *duty of care* yang hanya timbul dalam relasi dokter-pasien dalam kapasitas sebagai profesional. Pelanggaran *duty of care terjadi* bila tindakan yang dilakukan dokter atau tidak dilakukan dokter berakibat membahayakan pasien.[102] *Duty of care* dapat dijabarkan pula sebagai : *"a person who holds himself ready to offer medical advice and treatment impliedly undertakes that he is possessed of skill*

[102]Carolyn Johnston dan Penelope Bradbury, *100 Cases in Clinical Ethics and Law*, CRC Press, London UK, 2016, h.228.

and knowledge for the purpose. A doctor must be under duty of care to be charged for negligence by the patient". Artinya seorang dokter mempunyai kewajiban dalam kapasitas profesionalnya dalam lingkup relasi dokter-pasien, sebagai contoh seorang dokter mata yang menangani kasus trauma mata di unit gawat darurat memiliki *duty of care*, sedangkan dokter yang sama yang menangani kasus yang sama dalam suatu kecelakaan lalu lintas tidak memiliki *duty of care*.[103] Pemahamam *duty of care* ini nantinya akan sangat berguna pada penetuan kesalahan dokter pada kasus dugaan malpraktik.

Hak dokter yang dikeluarkan oleh American *Medical Association* yaitu *Physician and Medical Staff Member Bill of Rights H-225.94*, yang isinya adalah sebagai berikut :[104]

a. *The right to exercise fully the prerogatives of medical staff membership afforded by the medical staff bylaws.*
b. *The right to make treatment decisions, including referrals, based on the best interest of the patient, subject to review only by peers.*
c. *The right to exercise personal and professional judgment in voting, speaking, and advocating on any matter regarding patient care, medical staff matters, or personal safety, including the right to refuse to work in unsafe situations, without fear of retaliation by the medical staff or the health care organization's administration or governing body, including advocacy both in collaboration with and independent of the organization's advocacy efforts with federal, state, and local government and other regulatory authorities.*

[103]Kirti Singh et al.**, '**Legal Liabilities and Duties of a Doctor: Part 1', *Delhi J Ophthalmol 2017;28;47-50;* Doi http://dx.doi.org/10.7869/djo.293, h.48, http://www.puttop.top/object.php?u=https://www.djo.org.in/articles/28/1/legal-liabilities.html&title=Legal%20Liabilities%20and%20Duties%20of%20a%20Doctor:%20Part%201 diakses pada 16 Juli 2022.

[104]American Medical Association, 'Physician and Medical Staff Member Bill of Rights H-225.94', https://policysearch.ama-assn.org/policyfinder/detail/H-225.942?uri=%2FAMADoc%2FHOD.xml-H-225.942.xml diakses pada 16 Juli 2022

d. *The right to be evaluated fairly, without the use of economic criteria, by unbiased peers who are actively practicing physicians in the community and in the same specialty.*
e. *The right to full due process before the medical staff or health care organization takes adverse action affecting membership or privileges, including any attempt to abridge membership or privileges through the granting of exclusive contracts or closing of medical staff departments.*
f. *The right to immunity from civil damages, injunctive or equitable relief, criminal liability, and protection from any retaliatory actions, when participating in good faith peer review activities.*
g. *The right of access to resources necessary to provide clinically appropriate patient care, including the right to participate in advocacy efforts for the purpose of procuring such resources both in collaboration with and independent of the organization's advocacy efforts, without fear of retaliation by the medical staff or the health care organization's administration or governing body.*

Sebelumnya pada tahun 1999 di Amerika Serikat pernah dikeluarkan *Doctors' Bill of Rights Act of 1999, HR3300* dan pernah diajukan kembali oleh dokter Elson Haas 2012 namun tidak pernah diaktifkan. Tujuan disusunnya *Doctors' Bill of Rights Act of 1999* ini adalah untuk meningkatkan kesejahteraan pasien melalui kesejahteraan dokter yang berisikan hal sebagai berikut :[105]

a. *The right to learn and train without physical and emotional abuse and discrimination.*
b. *The right to ongoing access to supportive and confidential mental health services, without fear of retribution.*
c. *The right to humane working hours, whether in active patient care, on-call duties, or charting, and with reasonable compensation for time spent on completion of paperwork, forms, and prior authorizations.*
d. *The right to practice medicine in the best interest of the patient's health, rather than solely for cost-containment, or for performance measures which lack clear evidence of benefit or are beyond the physician's control, or for patient satisfaction scores when satisfying the patient would be an unnecessary intervention or a detriment to health.*

[105] Michelle C Parker, *'Physician's Bill Of Rights'*, https://www.kevinmd.com/2017/02/physicians-bill-rights.html diakses pada 16 Juli 2022.

e. *The right to practice medicine with reasonable compensation for treatment of psychosocial issues related to health.*
f. *The right to practice medicine and be licensed independent of the use of an electronic medical record.*
g. *The right to practice medicine without reimbursement being dependent upon the patient's health behavior or health status.*
h. *The right to practice in an independent setting in a competitive free market, with price transparency for our patients' medication, lab tests, radiographic studies, consultations, and procedures.*
i. *The right to earn a living which allows for the payment of student debt within a reasonable time, with the preservation of a work/life balance which includes time for self and family.*
j. *The right to affordable and uncomplicated continuing medical education and maintenance of board certification, and to be awarded such credit without complicated exercises of unproven benefit.*

D. Prinsip Transparansi

Prinsip atau *principle* menurut *Black's Law Dictionary* adalah *a basic rule, law, or doctrine, one of the fundamental tenets of a system.*[106] Dengan kata lain, prinsip atau asas adalah dasar suatu aturan, hukum, atau suatu doktrin.[107] Menurut Budiono Kusumohamidjojo prinsip adalah pernyataan yang memuat akidah yang tidak atau sukar dibantah, karena dasar berlakunya terletak dalam tatanan logis yang rapat, sehingga kecil sekali kemungkinan untuk diperdebatkan.[108] Menurut Paul Scholten prinsip adalah pikiran-pikiran dasar yang terdapat di dalam dan di belakang sistem hukum masing-masing dirumuskan dalam aturan-aturan perundang-undangan dan putusan-putusan hakim, yang berkenaan dengan

[106]Bryan A. Garner, *Op.Cit.*, h.1386.
[107]A'an Efendi, Freddy Poernomo, IG NG Indra S. Ranuh, *Teori Hukum,* Sinar Grafika, Jakarta, 2016, h.147.
[108]Budiono Kusumohamidjojo, *Teori Hukum : Dilema Antara Hukum dan Kekuasaan,* Irama Widya, bandung, 2016 , h.193.

ketentuan-ketentuan dan keputusan-keputusan individual dapat dipandang sebagi penjabarannya.

Asas hukum merupakan kaidah yang berpengaruh terhadap kaidah perilaku, karena asas hukum juga memberikan arahan pada perilaku yang dikehendaki.[109] Pandangan Ronald Dworkin, prinsip merupakan standar yang merupakan syarat dalam mewujudkan keadilan. Meskipun tidak ditulis sebagai prinsip hukum, tetapi yang dimaksud Dworkin adalah prinsip hukum. Pandangan sebelum Dworkin adalah menurut Paton, yang menyebutkan bahwa prinsip adalah dasar dari hukum, baik dalam kehidupan masyarakat maupun dalam sistem hukum.[110]

Transparansi dalam *Black's Law Dictionary* didefinisikan sebagai *openness, clarity, unobstructed acces; lack of guile and of any attempt to hide damaging information.*[111] Transparansi seringkali bagaikan dua sisi mata uang yang berbeda. Pada satu sisi transparansi dianggap akan membawa dampak buruk karena dibatasi oleh kerahasiaan, tetapi di sisi lain transparansi adalah suatu keharusan. Seringkali pilihan untuk transparan bukan memilih di antara keduanya tetapi harus memilih antara menolak atau menerima.[112]

Transparansi sering dipakai secara bergantian dengan keterbukaan dalam arti *disclosure,* padahal keduanya memiliki perbedaan yang mendasar. Transparansi

---

[109] JJ.H Bruggink, *Refleksi Tentang Hukum : Pengertian-Pengertian Dasar dalam Teori Hukum*, Citra Aditya Bakti, Bandung, 2015, h.119.

[110] Peter Mahmud Marzuki, *Teori Hukum*, Penerbit Kencana, Jakarta, 2020, h.36 (Selanjutnya disebut Peter Mahmud Marzuki-1).

[111]Bryan A.Garner, *Black's Law Dictionary, 10th edition,* Thompson Reuters, USA, 2014, h.1729.

[112] Jan Teurlings dan Markus Stauff, 'Introduction: The Transparency Issue', *Cultural Studies ↔ Critical Methodologies 2014, Vol. 14(1) 3–10,* https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1532708613519184, h. 4, diakses pada 2 Agustus 2022.

pada umumnya digunakan dalam bidang pemerintahan atau disebut *government openness* yang bertujuan untuk meningkatkan peran serta masyarakat dan akuntabilitas dan timbul karena adanya hak masyarakat untuk mengetahui *(right to know).* Sedangkan *disclosure* ditujukan pada organisasi yang sifatnya privat untuk membuka informasi yang pada awalnya tertutup dengan tujuan untuk memberikan informasi kepada konsumen dan investor sehingga dapat menentukan pilihannya. Sehingga dapat disebut bahwa *disclosure* memiliki kepentingan bisnis.[113]

Dalam pelayanan kesehatan kedua jenis keterbukaan baik transparansi maupun *disclosure* dapat diterapkan. Pada hubungan dokter dan pasien transparansi harus selalu diterapkan pada saat dokter dan pasien berkomuikasi hingga dilaksanakannya perawatan untuk pasien. Sedangkan *disclosure* lebih tepat jika diterapkan dalam hubungan pasien dan rumah sakit, misalnya rumah sakit harus mengungkapkan fasilitas dan kinerja rumah sakit maupun hasil akreditasi rumah sakit dengan harapan pasien dapat menentukan pilihannya untuk dirinya sendiri dalam menentukan fasilitas pelayanan kesehatan. Namun rumah sakit juga harus menerapkan transparansi sejak pasien memilih rumah sakit tersebut misalnya dengan memberikan informasi secara jelas tentang hak-hak pasien.

Suatu penelitian hukum harus mengkaji filsafat ilmu hukum sebagaimana dikemukakan Visser't Hooft, intinya mencakup aspek onotologi yaitu pengkajian obyek studi hukum yang merupakan landasan kefilsafatan Ilmu Hukum, aspek epistemologi sebagai kajian metodologi Ilmu Hukum, dan aspek aksiologi sebagai

[113] Margaret Kwoka dan Bridget Dupey, 'Targeted Transparency as Regulation', *Florida State University Law Review 48, no. 2 (Winter 2021): 385-442,* https://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3876348, h.340, diakses pada 2 Agustus 2022.

etika Ilmu Hukum yang terletak pada kajian Filsafat Hukum. Arief Sidharta merinci filsafat dalam ilmu hukum sebagaimana berikut ini : aspek ontologi Ilmu Hukum, yakni hukum positif yang berlaku di suatu negara tertentu yang berwujud asas-asas hukum, kaidah-kaidah hukum dan putusan-putusan hukum. Aspek epistemologi Ilmu Hukum, menghimpun, mensistimatisasi dan memaparkan bahan-bahan hukum sehingga keseluruhannya merupakan satu kesatuan sistem hukum yang koheren. Aspek aksiologi Ilmu Hukum, dirinci mencakup mempersiapkan putusan hukum baik pada tataran makro (pembentukan peraturan perundang-undangan) maupun tataran mikro (putusan-putusan badan peradilan), menunjukkan apa hukumnya tentang hal tertentu dan merekomendasikan aturan-aturan yang tidak jelas melalui penemuan hukum (*rechtsvinding)*, mengeliminasi kontradiksi yang tampak tampil dalam tata hukum, menyarankan amandemen, revisi perundang-undangan yang ada serta pembentukan undang-undang yang baru, dan analisis kritis putusan hakim untuk pembinaan yurisprudensi.[114]

Kajian prinsip transparansi sebagai salah satu prinsip dalam ilmu hukum secara filosofis juga didasarkan pada kajian filsafat ilmu pada umumnya yaitu ontologi, epistemologi, dan aksiologi. Ontologi adalah ilmu tentang hakikat yang ada, berusaha mencari inti yang termuat dalam setiap kenyataan, dan menjelaskan semua realitas dalam semua bentuknya.[115] Epistemologi merupakan pembahasan

[114] I Dewa Gede Atmadja, 'Menyoal Filsafat Ilmnu Hukum', *Jurnal Notariil, Vol. 2, No. 2, November 2017, 118-126*, https://ejournal.warmadewa.ac.id/index.php/notariil, h.125, diakses pada 9 Oktober 2022.

[115] Nur Rois, 'Menggugat Keilmuan Ilmu Hukum: Telaah Ilmu Hukum Dari Sudut Filsafat Ilmu', *Jurnal Ilmu Hukum REUSAM: Volume X Nomor 1 (Mei 2022) : 66-86,* https://ojs.unimal.ac.id/reusam/article/download/8913/3993, h.71, diakses pada 9 Oktober 2022.

mengenai bagaimana kita mendapat pengetahuan, sumber-sumber pengetahuan, jangkauan dan ruang lingkup pengetahuan, serta sampai tahap mana pengetahuan yang mungkin ditangkap oleh manusia. Aksiologi sebagai teori nilai yang berkaitan dengan kegunaan dari pengetahuan yang diperolehnya, sehingga Aksiologi juga sering disebut sebagai studi tentang nilai.[116]

Kajian prinsip transparansi secara ontologi didasarkan pada hakikat prinsip transparansi itu sendiri. Prinsip transparansi dalam pelayanan kesehatan berarti keterbukaan sebagai suatu proses aktif yang harus dilakukan oleh pemberi dan penerima layanan kesehatan, karena utamanya bagi penerima layanan kesehatan hal tersebut terkait dengan hak asasinya untuk mendapatkan informasi. Prinsip transparansi sebagai suatu kewajiban para pihak dalam pelayanan kesehatan yang harus diwujudkan untuk mewujudkan keadilan terutama dalam hal perlindungan hukum. Kajian epistemologis prinsip transparansi dalam pelayanan kesehatan difokuskan terhadap bagaimana prinsip tranparansi ini dapat diwujudkan terutama adanya kemudahan akses terhadap informasi bagi penerima layanan kesehatan dan unsur-unsur yang harus diwujudkan oleh pemberi layanan kesehatan dalam penyampaian informasi. Sedangkan kajian aksiologi prinsip tranparansi berkaitan dengan nilai dan etika medis. Relasi dokter dan pasien tidak hanya berdasarkan kontrak pada umumnya namun lebih didasari pada nilai kemanusiaan dan kasih saying, sehingga dalam relasi ini harus mengedepankan kewajiban untuk menjunjung tinggi nilai kasih saying dan kemanusiaan. Demikian juga pelayanan

[116] *Ibid*., h.79.

kesehatan tidak dapat dilepaskan dari aspek etika medis, bahwa transparansi yang dilakukan antara dokter dan pasien bertujuan untuk kebaikan pasien berdasarkan *unsur beneficence* dan *non-maleficence*.

1.6 Metode Penelitian

1.6.1 Tipe Penelitian

Tipe penelitian dalam penulisan ini adalah yuridis normatif, yaitu penelitian yang difokuskan untuk mengkaji norma-norma atau kaidah-kaidah dalam hukum positif. Penelitian normatif bertujuan menganalisis dan memecahkan isu hukum yang ada dengan menggunakan bahan hukum primer dan sekunder sehingga kesimpulan dan saran yang ditemukan memiliki landasan hukum dam argumentasi yang benar dan kuat.

1.6.2 Pendekatan Masalah

1. Pendekatan perundang-undangan *(statute approach)*[117], yaitu mengkaji berbagai aturan yakni peraturan perundang-undangan yang menjadi fokus sekaligus tema sentral suatu penelitian.
2. Pendekatan konseptual *(conceptual approach)*, dengan mempelajari dan merujuk pada prinsip-prinsip hukum, doktrin-doktrin dalam ilmu hukum guna menemukan konsep-konsep hukum yang relevan dengan isu yang dihadapi.[118] Dalam penelitian ini akan dikaji doktrin, teori, serta pendapat para ahli terkait transaparansi dan keadilan dalam pelayanan kesehatan

[117]Peter Mahmud Marzuki, *Penelitian Hukum edisi revisi*, Prenada media Grup, Jakarta,2005, h.136
[118]*Ibid*, h. 177

3. Pendekatan perbandingan *(comparative approach)*, dengan membandingkan prinsip transparansi, konsep hubungan dokter dan pasien yang berkeadilan di negara Belanda, Amerika Serikat, dan Malaysia. Dipilih negara Belanda karena negara tersebut mempunyai sistem hukum *civil law* seperti halnya Indonesia dan tergolong 10 besar teratas di dunia dalam hal transparansi, serta merupakan negara yang tergolong dalam kelompok terbaik kedua dalam hal transparansi di bidang keuangan, pemerintahan, dan data pribadi dalam bidang kesehatan. Selain itu karena di Belanda hubungan dokter pasien terakit kontrak medis sudah diatur dalam *Nieuw Burgerlijk Wetboek* (NBW). Perbandingan lain dilakukan dengan negara Amerika Serikat karena negara tersebut memilliki *Freedom of Information Act (FOIA)* yang salah satu cakupannya adalah keterbukaan dalam hal data medis. Selain itu di Amerika Serikat telah dilakukan keterbukaan dan mempunyai standar transparansi terhadap hasil kerja seorang dokter *(physician performance)*.[119] Perbandingan berikutnya adalah dengan Malaysia, karena negara ini sebagai negara berkembang yang memiliki kemiripan budaya dengan Indonesia. Pada penelitian ini dilakukan perbandingan mikro yakni perbandingan yang merujuk pada studi mengenai aspek-aspek dari dua atau lebih sistem hukum.[120] Penelitian ini akan membandingkan prinsip transparansi pada negara yang dibandingkan sehingga

[119]Geir Godager, 'Does Performance Disclosure Influence Physician's medical Decision ? An Experimental Study', *Journal of Economic Behaviour and Organization*, Vol.131, Part B, November 2016, pages 36-46, h. 38, https://econpapers.repec.org/RePEc:eee:jeborg:v:131:y:2016:i:pb:p:36-46 diakses pada 20 Agustus 2021.

[120] Peter de Cruz, *Perbandingan Sistem Hukum Common Law, Civil Law, dan Socialist Law*, Nusa Media, 2017, h.325.

akan menemukan bahwa prinsip transparansi merupakan asas yang penting dikemukakan dalam hubungan dokter dan pasien dan diwujudkan dalam *informed consent.*

4. Pendekatan kasus *(case approach)*, dengan menelaah kasus sengketa medis yang berkaitan dengan tema disertasi ini yakni prinsip transparansi sehingga menemukan *ratio decidendi* hakim dalam mengambil keputusan dalam kasus tersebut.

1.6.3 Sumber Bahan Hukum

Bahan hukum dalam penelitian ini terdiri dari :[121]

a. Bahan hukum primer, meliputi bahan hukum yang bersifat otoritatif, yakni dibuat oleh pihak yang mempunyai otoritas dalam hal ini perundang-undangan, catatan resmi, risalah dalm pembuatan undang-undang, putusan-putusan hakim, dokumen *hospital by law* dan *informed consent.*

b. Bahan hukum sekunder yang terdiri atas publikasi tentang hukum yang bukan merupakan dokumen resmi, berupa kamus hukum dan kamus bahasa, buku-buku yang ditulis oleh para ahli hukum, jurnal-jurnal hukum, pendapat para ahli, artikel dari media cetak dan elektronik, serta dari hasil simposium atau kuliah yang berhubungan dengan topik ini.

c. Bahan non hukum yang mempunyai relevansi dengan topik penelitian untuk mendukung penelitian dan menambah wawasan.

[121]Peter Mahmud Marzuki, *Op.Cit,* h.181

1.6.4 Pengumpulan dan Pengolahan Bahan Hukum

Bahan hukum dikumpulkan melalui prosedur inventarisasi dan identifikasi peraturan perundang-undangan, serta klasifikasi dan sistematisasi bahan hukum sesuai permasalahan penelitian. Oleh karena itu, teknik pengumpulan bahan hukum yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan studi kepustakaan. Studi kepustakaan dilakukan dengan cara membaca, menelaah, mencatat membuat ulasan bahan-bahan pustaka, yang selanjutnya dikumpulkan berdasarkan topik permasalahan, dipilah-pilah/dikelompokkan, dan selanjutnya disusun berdasarkan pokok masalah dalam penulisan ini

1.6.5 Analisis Bahan Hukum

Baik bahan hukum primer maupun sekunder dikumpulkan berdasarkan topik permasalahan. Pengolahan data dilakukan dengan cara mensistematika terhadap bahan-bahan hukum. Sistematisasi berarti membuat klasifikasi terhadap bahan-bahan hukum tersebut untuk memudahkan pekerjaan analisisa. Bahan-bahan hukum yang sudah diperoleh diuraikan, dihubungkan sedemikian rupa, kemudian disajikan dalam penulisan yang sistematis, untuk selanjutnya dianalisis secara komprehensif guna menjawab permasalahan yang telah dirumuskan.[122]

1.7 Sistematika Penulisan

Disertasi ini terdiri dari empat bab. Masing-masing bab terdiri dari beberapa sub bab, yang akan menerangkan dan memperjelas bagian dari bab tersebut. Adapun sistematika penulisan dari disertasi ini adalah :

[122]Abdulkadir Muhammad, *Hukum dan Penelitian,* Citra Aditya Bhakti, Bandung, 2005, h.152.

Bab I sebagai pendahuluan merupakan pengantar yang bersifat umum dan menjelaskan garis besar latar belakang masalah yang mendasari pentingnya dilakukan penelitian ini berdasarkan fakta hukum serta rumusan masalah yang akan diangkat dalam penulisan disertasi ini. Selanjutnya dijelaskan tujuan dan manfaat penelitian ini. Kerangka teori berisikan dasar pemikiran secara teoritik. Pada bagian metode penelitian akan menjelaskan penggunaan metode yang dipakai agar dapat menghantarkan pada proses analisa yang tepat dan dapat dipertanggungjawabkan.

Bab II membahas filosifi prinsip transparansi dan konsep pelayanan kesehatan. Pada bab II akan diuraikan beberapa sub bab yang akan membahas hakikat hubungan hukum dalam pelayanan kesehatan, karakteristik prinsip transparansi dalam pelayanan kesehatan, dan urgensi prinsip transparansi dalam pelayanan kesehatan.

Bab III membahas formulasi prinsip transparansi dalam pelayanan kesehatan. Pada bab III akan diuraikan beberapa sub bab yang akan membahas peraturan internal rumah sakit untuk mewujudkan tata kelola yang baik dan tata kelola klinis yang baik, dinamika implementasi prinsip transparansi dalam pelayanan kesehatan, akibat hukum terhadap pelanggaran prinsip transparansi, *ratio decidendi* putusan hakim terkait prinsip transparansi, dan arah pengaturan prinsip transparansi dalam pelayanan kesehatan.

Bab IV merupakan penutup yang berisi kesimpulan dari permasalahan dalam Bab II dan Bab III yang disusun secara sistematis dan objektif, sehingga pada akhirnya akan menghasilkan saran berdasarkan kesimpulan yang diambil tersebut.

BAB II

HAKIKAT PRINSIP TRANSPARANSI DALAM PELAYANAN KESEHATAN

2.1 Hakikat Kepentingan Hukum Dalam Pelayanan Kesehatan

Kepentingan hukum *(rechtsbelang)* adalah segala kepentingan yang diperlukan dalam berbagai segi kehidupan manusia baik sebagai pribadi, anggota masyarakat, maupun anggota suatu negara yang wajib dijaga dan dipertahankan agar tidak dilanggar oleh perbuatan-perbuatan manusia demi terjaminnya ketertiban dalam kehidupan. Terdapat tiga kepentingan hukum yang wajib dilindungi yaitu :[123]

a. Kepentingan hukum perorangan *(individuale belangen)*, misalnya kepentingan hukum terhadap hak hidup (nyawa), kepentingan hukum atas tubuh, kepentingan hukum akan hak milik benda, kepentingan hukum terhadap harga diri dan nama baik, kepentingan hukum terhadap rasa susila.
b. Kepentingan hukum masyarakat *(sociale of maatschappelijke belangen)*, misalnnya kepentingan hukum terhadap keamanan dan ketertiban umum, ketertiban berlalu lintas di jalan raya.
c. Kepentingan hukum negara *(staatsbelangen)*, misalnya kepentingan hukum terhadap keamanan dan keselamatan negara, kepentingan hukum terhadap

[123]Miswardi, *Pengantar Ilmu Hukum*, Penerbit Lakeisha, Klaten, 2022, h. 116.

negara-negara sahabat, kepentingan hukum terhadap martabat kepala negara dan wakilnya.

Menurut Roscoe Pond kepentingan manusia adalah suatu tuntutan yang dilindungi dan dipenuhi manusia dalam bidang hukum. Roscoe Pond juga membagi kepentingan hukum ini menjadi tiga macam yaitu :[124]

a. Kepentingan umum *(public interest),* meliputi kepentingan negarasebagai penjaga kepentingan masyarakat serta dalam kedududkannya untuk mempertahankan kepribadiannya.
b. Kepentingan masyarakat *(social interest)* yang terdiri dari keamanan, kesehatan, kesejahteraan, danjaminan dalam transaksi serta pendapatan. Kepentingan masyarakat ini masih diklasifikasikan ke dalam beberapa hal yaitu kepentingan bagi lembaga-lembaga sosial, kepentingan terhadap kerusakan moral, kepentingan dalam pemeliharaan sumber sosial, kepentingan dalam kemajuan umum, dan kepentingan masyarakat dalam kehidupan manusia secara individual.
c. Kepentingan individual *(privat imterest)* yang meliputi tiga macam kepentingan yaitu kepentingan pribadi misalnya terkait kemerdekaan kehendak, nama baik, terjaminnya rahasia, kepentingan dalam hubungan rumah tangga, dan kepentingan substansi.

Tujuan dari klasifikasi kepentingan ini karena hukum merupakan instrument kepentingan sosial, untuk membantu premis yang tidak jelas menjadi terang, dan

[124]Mery Christian Putri, *Perjanjian Di Era Ekonomi Digital Tinjauan Yuridis dan Praktis*, Rajagrafindo Persada, Depok, 2020, h.51.

membuat penentu kebijakan (legislator) menjadi sadar akan prinsip dan nilai yang terkait di dalam persoalan yang khusus. Menurut Sudikno Mertokusumo,[125] hukum bertugas untuk melindungi kepentingan manusia yang berbeda dengan norma yang lain karena hukum itu berisi perintah dan/atau larangan serta membagi hak dan kewajiban antar perorangan dalam masyarakat, membagi wewenang, dan mengatur cara memecahkan masalah hukum serta memelihara kepastian hukum. Apabila tercapai ketertiban dalam masyarakat maka kepentingan masyarakat akan terlindungi.

Pelayanan kesehatan menyangkut kepentingan hukum yang terkait nyawa atau hak hidup baik secara perorangan maupun masyarakat, oleh karena itu hak dan kewajiban serta hubungan hukum dalam pelayanan kesehatan penting untuk dipahami sehingga dapat memberikan perlindungan hukum baik bagi penerima layanan kesehatan maupun bagi pemberi layanan kesehatan.

2.1.1 Prinsip pelayanan kesehatan dalam sistem hukum di indonesia

Pasal 28H UUD 1945 menyebutkan bahwa setiap warga negara berhak atas pelayanan kesehatan, sedangkan Pasal 34 UUD 1945 menegaskan bahwa hak pelayanan kesehatan tersebut perlu diwujudkan oleh peran pemerintah dalan menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan yang layak. Amanah UUD 1945 ini diperjelas dengan adanya UU kesehatan dan peraturan perundang-undangan lain sebagai *lex specialis* dalam pelayanan kesehatan.

[125]Sudikno Mertokusumo-2, *Op.Cit*., h.71.

UU Kesehatan disusun dengan landasan pemikiran bahwa kesehatan warga negara Indonesia merupakan dasar dari pembangunan negara atau dengan kata lain peningkatan derajat kesehatan masyarakat juga berarti investasi bagi pembangunan negara. Pasal 1 angka (1) UU Kesehatan memberikan definisi tentang kesehatan yaitu keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Sedangkan pada Pasal 2 UU Kesehatan menyebutkan asas pembangunan kesehatan ialah perikemanusiaan, keseimbangan, manfaat, pelindungan, penghormatan terhadap hak dan kewajiban, keadilan, gender dan nondiskriminatif dan norma-norma agama. Asas-asas pembangunan kesehatan yang menunjang prinsip transparansi dalam bidang kesehatan diantaranya :

1. Asas perikemanusiaan : pembangunan kesehatan yang dilandasi perikemanusiaan, tidak hanya dapat diartikan bahwa kesehatan harus dapat dirasakan secaar merata oleh semua manusia tetapi dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan ini unsur hak asasi manusia juga menjadi perhatian penting, misalnya hal untuk mendapatkan kesehatan berdasarkan pilihannya *(right to self determination)* setelah mendapatkan penjelasan dari pemberi layanan kesehatan yang kompeten.
2. Asas keseimbangan : pembangunan kesehatan harus dilaksanakan seimbang untuk kepentingan individu dan masyarakat, seimbang antara fisik dan spiritual.
3. Asas pelindungan : dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan yang diwujudkan dalam pelayanan kesehatan, perlu diperhatikan perlindungan hukum bagi pemberi layanan kesehatan selain kepada penerima pelayanan kesehatan.

4. Asas penghormatan terhadap hak dan kewajiban pemberi dan penerima pelayanan kesehatan harus dapat terlaksana secara proporsional.
5. Asas keadilan : penyelenggaraan kesehatan harus merata kepada semua lapisan masyarakat dengan pembiayaan yang terjangkau, namun keadilan akan lebih bermakna apabila dari sisi pembiayaan selain terjangkau tetapi juga memperhatikan kesejahteraan pemberi pelayanan kesehatan secara proporsional terutama dalam pelaksanaan jaminan kesehatan Nasional.

Konsep pelayanan kesehatan di Indonesia tampak pada Pasal 52 UU Kesehatan yang membagi dua jenis pelayanan kesehatan yaitu pelayanan kesehatan perseorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat. Pelayanan kesehatan perseorangan ditujukan untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan dan keluarga dimana pertolongan keselamatan nyawa pasien harus didahulukan dibanding kepentingan lainnya. Sedangkan pelayanan kesehatan masyarakat ditujukan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit suatu kelompok dan masyarakat.

Pasal 19 UU Kesehatan menyebutkan peran pemerintah dalam menjamin ketersediaan segala bentuk upaya kesehatan yang bermutu, aman, efisien, dan terjangkau maka penyediaan fasilitas kesehatan perorangan dalam hal ini rumah sakit harus diwujudkan secara baik oleh pemerintah mengingat bahwa kesehatan perorangan tentunya merupakan penunjang utama dalam pembangunan kesehatan. Rumah sakit sebagai fasilitas pelayanan kesehatan perorangan seperti halnya tercantum dalam Pasal 1 angka (1) UU Rumah Sakit bahwa rumah sakit adalah

institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna.

Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012 Tentang Sistem Kesehatan Nasional (selanjutnya disebut Perpres SKN) mencantumkan tujuan sistem kesehatan nasional adalah mencapai derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya melalui pengelolaan kesehatan. Seperti halnya Pasal 2 Perpres SKN tersebut menyebutkan bahwa

> Pengelolaan kesehatan diselenggarakan melalui pengelolaan administrasi kesehatan, informasi kesehatan, sumber daya kesehatan, upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, peran serta dan pemberdayaan masyarakat, ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan, serta pengaturan hukum kesehatan secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya."

Nampak di sini bahwa informasi kesehatan, upaya kesehatan, dan sumber daya kesehatan merupakan salah satu unsur penting dalam pengelolaan kesehatan. Demikian juga halnya pengaturan hukum kesehatan juga mendapat perhatian demi menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan yang berkeadilan bagi pemberi dan penerima pelayanan kesehatan. Pasal 6 Perpres SKN memperjelas peran serta sumber daya manusia yang profesional bertujuan untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang berpihak pada masyarakat serta melindungi kesehatan masyarakat.

UU Kesehatan sebagai landasan operasional Perpres SKN yang telah mempertegas tentang pelayanan kesehatan dan sumber daya manusia seperti dijabarkan dalam lampiran Pasal 5 Prepres SKN tentang Cara Penyelenggaraan SKN yaitu Penyelenggaraan upaya kesehatan meliputi upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat, dan sumber daya manusia yaitu tenaga kesehatan

dalam penyelenggaraan upaya kesehatan ditujukan untuk keberhasilan penyelenggaraan upaya kesehatan. Pada pasal 5 ini juga menjelaskan bahwa pengawasan upaya kesehatan ini harus berdasarkan standar yang telah ditetapkan dengan dilakukan standarisasi, sertifikasi, lisensi, akreditasi, dan penegakan hukum yang dilakukan oleh pemerintah bersama dengan organisasi profesi dan masyarakat. Secara khusus untuk mewujudkan sumber daya manusia yang profesional maka diperlukan pengawasan yang dilakukan secara objektif dan transparan berdasarkan prestasi kerja dan disesuaikan dengan kebutuhan pembangunan kesehatan.

Menurut Hodgetts dan Cascio[126] pelayanan kesehatan dibagi menjadi dua yaitu :

1. Pelayanan kedokteran *(medical services)* yaitu pelayanan kesehatan yang ditandai dengan cara pengorganisasian yang dapat bersifat sendiri *(solo practice)* atau secara bersama-sama dalam satu organisasi *(institution),* bertujuan untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan serta sasarannya terutama untuk perseorangan dan keluarga.
2. Pelayanan kesehatan masyarakat *(public health services)* ditandai dengan cara pengorganisasian yang umumnya secara bersamasama dalam satu organisasi, tujuan utamanya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit, serta sasarannya terutama untuk kelompok dan masyarakat.

[126]Syamsul Arifin et al., *Buku Ajar Dasar-Dasar Manajemen Kesehatan*, Pustaka Banua, Banjarmasin, 2016, h.113.

Kedua jenis pelayanan kesehatan tersebut mempunyai beberapa syarat dalam pelaksanaannya yaitu :[127]

1. Tersedia dan berkesinambungan, artinya pelayanan kesehatan harus selalu tersedia kapanpun saat dibutuhkan dan tidak sulit ditemukan.
2. Dapat diterima dengan wajar, tidak bertentangan dengan adat dan budaya setempat.
3. Mudah dicapai, artinya pelayanan kesehatan harus terdistribusi secara merata
4. Terjangkau terutama dari segi biaya.
5. Bermutu sesuai standar yang telah ditentukan.

Mutu dalam pelayanan kesehatan merupakan hal yang penting karena mempertahankan mutu yang baik akan menjamin keselamatan pasien. Salah satu indikator mutu yang baik dapat dilihat dari pelaporan secara transparan indikator mutu rumah sakit yang wajib dilakukan sesuai peraturan perundang-undangan. Menurut Maltos & Keller,[128] program menjaga mutu adalah suatu upaya yang berkesinambungan, sistematis dan objektif dalam memantau dan menilai pelayanan yang diselenggarakan dibandingkan dengan standar yang telah ditetapkan, serta menyelesaikan masalah yang ditemukan untuk memperbaiki mutu pelayanan. Menurut *The American Hospital Association*,[129] menjaga mutu adalah suatu upaya terpadu yang mencakup identifikasi dan penyelesaian masalah pelayanan yang diselenggarakan, serta mencari dan memanfaatkan berbagai peluang yang ada untuk lebih meningkatkan mutu pelayanan. Menurut *Joint Commission on*

[127]*Ibid*., h.115
[128]*Ibid.*, h.129
[129]*Ibid.*

Acreditation of Hospitals,[130] program menjaga mutu adalah suatu program berlanjut yang disusun secara objektif dan sistematis dalam memantau dan menilai mutu dan kewajaran pelayanan, menggunakan berbagai peluang yang tersedia untuk meningkatkan pelayanan yang diselenggarakan serta menyelesaikan berbagai masalah yang ditemukan.

Lampiran Perpres SKN menyebutkan bahwa individu, keluarga, dan masyarakat merupakan pelaku penyelenggaraan pembangunan kesehatan. Peran individu dan keluarga akan menunjang penyelengaraan kesehatan di masyarakat. Hal ini sejalan dengan Pasal 9 UU Kesehatan tentang peran individu dalam penyelengaaraan kesehatan yaitu : "Setiap orang berkewajiban ikut mewujudkan, mempertahankan, dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya".

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyeleggaraan Perumahsakitan (selanjutnya disebut PP Penyelenggaraan Perumahsakitan) dianggap sangat perlu disusun untuk mempertegas peran, fungsi, dan segala hal dalam penyelenggaraan kesehatan perorangan. Upaya kesehatan perorangan yang dalam tulisan ini disebut sebagai pelayanan medik tentunya mempunyai objek utama yaitu pemberi layanan kesehatan dalam hal ini dokter dan penerima layanan kesehatan yaitu pasien. Pasal 7 angka (1) PP Penyelenggaraan Perumahsakitan menyebutkan bahwa pelayanan medik meliputi pelayanan medik umum, spesialis, dan subspesialis. Sehingga dapat diartikan bahwa pelayanan medik hanya diberikan oleh dokter atau dokter gigi, sedangkan pelayanan kesehatan

[130]*Ibid.*

yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang lainnya tidak disebut sebagai pelayanan medik. Klasifikasi ini diperjelas pada Pasal 23 yaitu tenaga medis sebagaimana dimaksud pada angka (1) huruf a terdiri atas dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis, dan/atau dokter subspesialis. Jadi pelayanan kesehatan yang dimaksud di dalam tulisan ini adalah pelayanan medik (yang di lakukan oleh tenaga medis) di rumah sakit. Pengelompokan tenaga medis ini berdasarkan hasil *judicial review* UU Tenaga kesehatan (Mahkamah Konstitusi melalui putusan pengujian undang-undang Nomor 82/PUU-XIII/2015 tentang Pengujian Undang-Undang Nomor 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan Terhadap Undang-Undang Dasar negara Republik Indonesia 1945 yang mengeluarkan dokter, dokter gigi, dokter spesialis sebagai tenaga kesehatan, dan penyebutan ketiga profesi tersebut adalah tenaga medis).

Efektivitas dalam kamus besar bahasa Indonesia berasal dari kata efektif yang artinya berhasil guna atau dapat membawa hasil. Sedangkan efisiensi berasal dari kata efisien yang artinya tepat atau sesuai untuk mengerjakan (menghasilkan) sesuatu (dengan tidak membuang-buang waktu, tenaga, biaya) atau dapat diartikan sebagai mampu menjalankan tugas dengan tepat dan cermat.[131] Efektivitas menunjukkan keberhasilan dari segi tercapai atau tdaknya sasaran yang telah ditetapkan.[132] Efisiensi lebih melihat bagaimana cara mencapai hasil itu dengan membandingkan *input* dan *output.* Singkatnya efisiensi berarti melakukan sesuatu

[131]KBBI Daring, https://kbbi.kemdikbud.go.id/ diakses pada 18 April 2022.

[132]Sudjana, 'Efektivitas dan Efisiensi Penyelesaian Sengketa kekayaan Intelektual Melalui Arbitrase dan Mediasi Berdasarkan Undang-Undang Nomor 30 tahun 1999', *AJUDIKASI : Jurnal Ilmu Hukum,* Vol.2 No.1, Juni 2018. Hlm.81-96, h.84, https://e-jurnal.lppmunsera.org/index.php/ajudikasi/article/view/598/pdf diakses pada 18 April 2022.

secara benar sedangkan efektivitas adalah melakukan sesuatu tepat sasaran.[133] Efektivitas dalam pelayanan kesehatan dapat diartikan sebagai upaya pelayanan kesehatan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan sehingga menjamin terselenggara pelayanan kesehatan yang bermutu, sedangkan efisiensi adalah cara yang perlu dilakukan sesuai dengan standar atau protokol yang telah ditetapkan sehingga dapat mencapai pelayanan kesehatan yang bermutu.

World Health Organization (WHO)[134] menitikberatkan pelayanan kesehatan pada kualitas pelayanan kesehatan yang berpedoman pada tercapainya kesehatan untuk semua lapisan masyarakat baik secara individu maupun di dalam populasi atau yang disebut dengan *"health for all"*. Kualitas pelayanan kesehatan harus memenuhi tiga unsur yaitu :

a. efektif, yaitu tersedianya pelayanan kesehatan berbasis bukti *(evidence-based healtcare services)* bagi semua yang membutuhkan.
b. aman dan tidak membahayakan yang mendapatkan pelayanan kesehatan tersebut.
c. berfokus pada pasien sebagai penerima layanan kesehatan, dengan memperhatikan kebutuhan, keinginan, dan nilai-niai yang dipegang oleh pasien.

Menurut WHO untuk mewujudkan ketiga hal tersebut diatas maka setiap pemberi layanan kesehatan harus memperhatikan hal berikut ini :

a. tepat waktu sehingga mengurangi waktu tunggu yang dapat menimbulkan risiko adanya penundaan yang membahayakan.

[133] *Ibid*., h.85.
[134] World Health Organization, 'Quality of Care', https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1 diakses pada 12 April 2022.

b. pelayanan kesehatan yang tidak membedakan-bedakan jenis kelamin, etnis, lokasi geografis, dan status sosial ekonomi.
c. pelayanan yang terintegrasi.
d. efisien dengan memaksimalkan seumber daya yang ada dan menghindari melakukan hal yang dianggap tidak bermanfaat.

Australian Commission on Safety ans Quality in Health Care menambahkan dua hal dari pedoman yang dikeluarkan oleh WHO yang cukup menonjol dibandingkan dengan pedoman yang ada di beberapa negara yang lain yaitu prinsip pelayanan multidisiplin dan peran serta keluarga, seperti dijabarkan berikut ini:[135]

a. Prinsip pelayanan berpusat pada pasien *(patient centre care)* yang bercirikan penghormatan terhadap pasien, responsif atau tanggap, serta mengutamakan pilihan, kebutuhan, dan nilai yang dipegang pasien sebagai konsumen. Secara khusus pelayanan kesehatan harus menunjukkan : perawatan pasien dengan respek dan penuh penghormatan, mengajak pasien secara aktif dalam pengambilan keputusan, komunikasi secara terbuka dengan pasien tentang kondisi klinis dan pilihan terapinya, serta menyediakan pasien dengan informasi dalam bentuk yang mudah dipahami pasien sehingga mereka dapat berperan dalam pengambilan keputusan.
b. Prinsip pelayanan multidisiplin *(multidiscipline care)* yaitu sejak pasien datang ke rumah sakit hingga saat kepulangan pasien, pada umumnya pasien membutuhkan penananganan lebih dari satu bidang ilmu secara komprehensih

[135]Australian Commission on Safety ans Quality in Health Care, 'Principles of Care', 2022, https://www.safetyandquality.gov.au/standards/clinical-care-standards/about-clinical-care-standards/principles-care diakses pada 18 April 2022.

baik dari bidang kedokteran, keperawatan, hingga bidang penunjang yang lain yang semuanya bertujuan untuk kepentingan atau kesehatan pasien. Penanganan pasien secara multidisiplin akan meningkatkan hasil perawatan yang lebih baik asalkan dilakukan dengan koordinasi dan komunikasi yang baik di antara para pemberi layanan multidisiplin.

c. Prinsip peran serta keluarga *(cares and family members)* memegang peranan penting dalam pencegahan, deteksi awal, penegakan diagnosa hingga penyembuhan pasien. Pada umumnya keluarga dapat memberikan informasi yang lebih mendetail tentang riwayat pasien yang bermanfaat bagi dokter.

d. Prinsip pelayanan yang terintegrasi *(integrated approach to care)* yang berupa sistem yang terorganisasi dengan baik akan tampak di dalam standar pelayanan. Terorganisasi dengan baik diartikan sebagai adanya aturan, proses, dan prosedur yang tertata. Kunci dari pelayanan yang terintegrasi adalah adanya implementasi secara aktif dan adanya mekanisme umpaan balik sebagai evaluasi, adanya protokol sesuai standar yang ditentukan, serta adanya penghargaan berupa insentif atau hadiah maupun sanksi apabila prosedur yang dilakukan tidak sesuai dengan protokol yang ada misalnya dalam bentuk edukasi, pelatihan, dan orientasi.

Prinsip pelayanan kesehatan dengan berpedoman pada SKN pada penelitian ini lebih difokuskan pada komponen upaya kesehatan perorangan, sumber daya manusia kesehatan, serta sistem informasi kesehatan dimana masyarakat dapat memberikan masukan kepada pemerintah melalui transparansi fasilitas pelayanan kesehatan misalnya melalui akreditasi rumah sakit serta informasi kesehatan yang

dimaksud adalah keterbukaan informasi yang memungkinkan masyarakat memilih pelayanan kesehatan sesuai prinsip otonomi.

Sumber daya manusia kesehatan yang profesional akan mewujudkan pelayanan kesehatan yang befokus pada pasien *(patient centre care)* yang bermutu. Tujuan dari program menjaga mutu ini adalah meningkatkan efektivitas dan efisiensi pelayanan kesehatan kepada masyarakat, meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, dan tentunya akan bermanfaat mengurangi timbulnya kemungkinan tuntutan kepada rumah sakit atau pemberi layanan kesehatan dalam hubungan dengan pasien. Sumber daya manusia yang profesional yang dapat melaksanakan pelayanan kesehatan secara profesional dan baik diharapkan menunjang budaya transparansi dan akuntabilitas.

2.1.2 Tujuan pelayanan kesehatan dalam rangka peningkatan derajat kesehatan yang optimal

Manusia dalam melaksanakan segala aktivitas hidupnya tentu tidak dapat dilepaskan dari masalah kesehatan. Seperti amanat Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia 1945 pasal 28H ayat (1) yang termasuk dalam ketentuan tentang hak asasi manusia disebutkan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Demikian juga dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia 1945 pasal 34 ayat (3) disebutkan bahwa negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas umum yang layak. Hal ini sesuai apabila dikaitkan dengan

konsep negara hukum kesejahteraan yang berarti bahwa negara harus mengusahakan kesejahteraan bagi warganya secara merata melalui pelayanan yang sebaik-baiknya.[136]

Tanggung jawab pemerintah dalam pelayanan kesehatan, jelas disebutkan dalam UU Kesehatan, yakni merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat. Lebih detailnya, dalam pelayanan kesehatan sebagai pelayanan publik, kewajiban dan tanggung jawab pemerintah adalah menjamin:[137]

a. Ketersediaan Iingkungan, tatanan, fasilitas kesehatan baik fisik maupun sosial bagi masyarakat untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.
b. Ketersediaan sumber daya di bidang kesehatan yang adil dan merata bagi seluruh masyarakat untuk memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.
c. Ketersediaan akses terhadap informasi, edukasi, dan fasilitas pelayanan kesehatan untuk meningkatkan dan memelihara derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.
d. Pemberdayaan dan mendorong peran aktif masyarakat dalam segala bentuk upaya kesehatan.

[136]Elviandri, Khuzdaifah Dimyati, dan Absori, 'Quo vadis Negara Kesejahteraan: meneguhkan ideologi welfare state negara hukum kesejahteraan indonesia', *MIMBAR HUKUM* Volume 31, Nomor 2, Juni 2019, Halaman 252-266, h.260, https://jurnal.ugm.ac.id/jmh/article/download/32986/25629 diakses pada 1 Mei 2021.

[137] Weppy Susetiyo dan Anik Iftitah, 'Peranan Dan Tanggungjawab Pemerintah Dalam Pelayanan Kesehatan Pasca Berlakunya UU Cipta Kerja', *Jurnal Supremasi*, Volume 11, Nomor 2, Tahun 2021, h.94, diakses pada dari https://ejournal.unisbablitar.ac.id/index.php/supremasi diakses pada 2 Januari 2022.

e. Ketersediaan segala bentuk upaya kesehatan yang bermutu, aman, efisien, dan terjangkau.
f. Pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui sistem jaminan sosial nasional bagi upaya kesehatan perorangan. Pelaksanaan sistem jaminan sosial yang dimaksud ini dilaksanakan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan

Menurut UU Kesehatan, pelayanan kesehatan diwujudkan dengan upaya medis, yang menurut Pasal 1 angka (11) didefinisikan sebagai setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintregasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat. Upaya medis ini dapat berbentuk pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Disebutkan pula pada Pasal 5 UU Kesehatan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan. Sedangkan pada Pasal 17 UU Kesehatan disebutkan tentang tanggung jawab pemerintah dalam pelayanan kesehatan yaitu pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan akses terhadap informasi, edukasi, dan fasilitas pelayanan kesehatan untuk meningkatkan dan memelihara derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Upaya penyelenggaraan kesehatan dipengaruhi oleh faktor lingkungan sosial budaya, termasuk ekonomi, lingkungan fisik dan biologis yang bersifat dinamis dan kompleks. Menyadari betapa luasnya hal tersebut, pemerintah melalui

sistem kesehatan nasional, berupaya menyelenggarakan kesehatan yang bersifat menyeluruh, terpadu, merata, dan dapat diterima serta terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat luas, guna mencapai derajat kesehatan yang optimal. Pembangunan kesehatan yang belum memadai seringkali disebabkan karena faktor belum memadainya sistem informasi kesehatan untuk diserbarluaskan kepada masyarakat, integrasi pelayanan kesehatan yang belum berjalan dengan baik, dan belum mantapnya pengendalian dan pengawasan serta penilaian program yang ditetapkan. [138]

Kebutuhan manusia akan pelayanan kesehatan mempunyai keunikan dibandingan dengan kebutuhan hidupnya yang lain, yaitu :[139]

1. *Uncertainty* atau ketidakpastian. Diartikan sebagai kebutuhan akan pelayanan kesehatan tidak dapat dipastikan waktunya, tempatnya, dan besarnya biaya yang diperlukan. Demikian juga dengan adanya ketidakpastian risiko.
2. *Asymmetry of information* atau ketidakseimbangan informasi. Diartikan sebagai penerima layanan kesehatan dianggap memiliki posisi yang lebih lemah dibandingkan pemberi layanan kesehatan *(provider)*. Dapat juga diartikan bahwa pasien sebenarnya tidak banyak tahu tentang apa yang dibutuhkannya dalam pelayanan kesehatannya, apalagi pasien tentunya memiliki kondisi fisik dan emosional yang berbeda.

[138]Rif 'atul Hidayat, 'Hak Atas Derajat Pelayanan Kesehatan Yang Optimal', *SYARIAH Jurnal Hukum dan Pemikiran*, Volume 16, Nomor 2, Desember 2016, h.128, https://jurnal.uin-antasari.ac.id/index.php/syariah/article/view/1035 diakses pada 6 januari 2022.

[139]Roberia, *Op.Cit.*, h.68.

3. *Externality* yang dapat diartikan sebagai risiko pelayanan kesehatan seringkali tidak hanya berdampak pada pasien tetapi juga dapat berdampak pada orang-orang di sekitarnya, dimana dampak ini dapat positif maupun negatif.

Sistem pelayanan kesehatan mempunyai tujuan yaitu meningkatkan derajat kesehatan, mengurangi beban penyakit, dan meningkatkan produktifitas masyarakat. Oleh karena itu maka seluruh pihak terkait harus menyediakan layanan kesehatan yang berkualitas yang bercirikan:[140]

1. Aman, artinya pelayanan bagi pasien harus menghindari hal yang membahayakan pasien.
2. Efektif atau pelayanan yang sesuai dengan tujuan, pelayanan yang diberikan berdasarkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang sesuai serta bermanfaat bagi pasien.
3. Pelayanan yang berfokus pada pasien, yaitu pelayanan yang menghormati dan tanggap terhadap nilai, kebutuhan, dan selera pasien termasuk meyakinkan bahwa pasien memahami seluruh keputusan menyangkut pelayanan klinis yang akan diterimanya.
4. Tepat waktu, sehingga tidak membahayakan bagi kedua pihak yaitu penerima dan pemberi pelayanan kesehatan.
5. Efisien dengan menghilangkan hal-hal yang tidak berguna baik dari pemeriksaan, penggunaan alat-alat kesehatan, obat-obatan, bahan habis pakai, dan sebagainya.

[140]Ede Surya Darmawan, 'Pelayanan Kesehatan: Berkualitas Dan Atau Ditinggalkan?', *JUKEMA* Vol. 4, No. 2, Oktober 2018: 302-304, h.304, https://ejournal.unmuha.ac.id/index.php/JKMA/article/view/676 diakses pada 2 Desember 2021.

6. Pelayanan yang adil, menyediakan pelayanan yang sama kualitasnya (untuk penyakit dan kebutuhan yang sama) dan tidak berbeda karena perbedaan karakteristik personal seperti status sosial ekonomi, jenis kelamin, keyakinan, etnis dan asal daerah.

Dalam pelayanan kesehatan, menurut Tony Hope, John Reynolds, dan Sian Grifftihs[141] keadilan dalam penerapannya dimaknai sebagai *equity* bukan sebagai *justice*. Prinsip dasar dari keadilan di sini adalah setiap orang dalam situasi yang sama harus diperlakukan secara sama. Karena alasan ini makan perlu adanya konsistensi dari pengambilan keputusan dalam berbagai waktu dan situasi. Secara etik tidak diperbolehkan pula adanya diskriminasi yang tidak relevan dalam hal ras, kedudukan sosial, status finansial, agama, maupun daerah tertentu.

Pelayanan kesehatan merupakan hak asasi manusia dalam kontrak sosial. Menurut konstitusi WHO diantara sekian banyak hak asasi manusia salah satunya adalah memperoleh manfaat dan mendapatkan derajat kesehatan setinggi-tingginya. Tentunya dalam pelayanan kesehatan memerlukan landasan hukum yang baik. Menurut Philippe Nonet dan Philip Selznick dikatakan harus mencakup beberapa hal yaitu : *responsive, offer something than procedural justice, be competent as well as fair, public interest, be committed to the achievement of substantive justice*.[142] Pelayanan kesehatan merupakan salah satu bentuk jaminan perlindungan hak asasi manusia. Konsep hak asasi manusia menurut Frans Magnis Suseno memiliki dua dimensi pemikiran yakni dimensi universalitas yang bersifat

[141]*Ibid.,* h.78.
[142]*Ibid.,* h.95.

umum yakni selalu dibutuhkan dan melekat pada setiap individu. Dimensi yang kedua adalah dimensi konstektualitas yakni menyangkut penerapan hak asasi ditinjau dari tempat berlakunya, yang diartikan bahwa hak asasi dapat ditrerapkan secara efektif asalkan memberikan suasana kondusif untuk hal tersebut dengan tetap menjamin hak-hak individu. Hak asasi manusia mengandung nilai-nilai universal, yaitu:[143]

1. Kesamaan yang dapat diartikan sebagai keadilan, dimana manusia harus diperlakukan sama dalam keadaan yang sama.
2. Kebebasan yang diartikan bahwa setiap orang berhak untuk mengurus diri sendiri, tetapi bukan berarti sesuai kemauan sendiri. Melainkan lebih diartikan sebagai bebas dari tekanan kesewenang-wenangan dan tidak ada paksaan dari orang lain.
3. Kebersamaan (solidaritas atau kesetiakawanan) yang diartikan bahwa tatanan hukum yang ada harus mewajibkan anggota masyarakat untuk bertanggung jawab atas orang lain dan tidak membiarkan orang lain menderita. Negara juga berkewajiban menyelenggarakan kesejahteraan sosial bagi golongan yang lemah.

Pelayanan kesehatan dalam hal perawatan medis harus selalu sesuai dengan standar medis dan juga harus mempunyai tujuan medis. Artinya semua tindakan mulai dari penegakan diagnosa yang bertujuan untuk menentukan terapi hingga saat pemberian terapi harus memenuhi pengertian dari terapeutik yaitu memperbaiki

[143]H. Sarja, *Negara Hukum Teori dan Praktek*, Thafamedia, Yogyakarta, 2016, h.86.

keadaan pasien. Hal ini tidak terlepas dari tujuan ilmu kedokteran yang disebutkan sebagai berikut :[144]

1. Menyembuhkan dan mencegah penyakit
2. Meringankan penderitaan
3. Mendampingi pasien dan keluarganya

Pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien harus dilakukan dengan hati-hati sesuai aturan yang ada dalam ilmu pengetahuan kedokteran. Pelayanan kesehatan akan membawa suatu risiko walaupun kecil, tetapi risiko itu harus dapat ditekan serendah mungkin. Di sinilah letak profesionalitas seorang dokter harus selalu digunakan berdasarkan standar medis. Artinya seorang dokter harus bekerja sesuai dengan kebiasaan dan standar yang dilakukan oleh para dokter pada umumnya.[145] Adanya standar medis pelayanan yang professional ini menyebabkan dokter tidak dapat dimintakan pertanggungjawaban apabila dalam pelayanan medis kepada pasien terjadi suatu risiko medis.

Dalam melakukan pelayanan kesehatan terhadap pasien, seorang dokter juga dibatasi oleh norma-norma yang ada dalam masyarakat. Sebagian dari norma tersebut tertulis dalam berbagai macam peraturan yang ada. Oleh karena itu jelaslah bahwa pelayanan kesehatan tidak dapat dilepaskan dari pengetahuan tentang hukum. Selain hukum, pelayanan kesehatan tentunya tidak akan lepas dari etika dalam layanan medis. Hal ini dikarenakan pelayanan kesehatan sepenuhnya

[144]HJJ Leenen, PAF Lamintang, *Pelayanan Kesehatan dan Hukum : suatu studi tentang hukum kesehatan*, Binacipta, Bandung, 1991, h.38.
[145]*Ibid*., h.44.

berhubungan dengan manusia, oleh karena itu perlu dipertimbangkan aspek-aspek moral tingkah laku manusia baik secara individu maupun sosial.

Etika kedokteran merupakan bagian dari bioetik yang oleh Van Rensselaer Potter[146] diartikan sebagai suatu ilmu yang menggabungkan pengetahuan ilmu hayati dengan pengetahuan tentang nilai manusiawi dari etika, termasuk juga di dalamnya masalah lingkungan hidup, penelitian, dan masalah yang disebabkan oleh perkembangan ilmu dan teknologi biomedis. Bioetika memiliki tiga syarat utama yaitu interdisiplin, internasionalisasi, dan pluralism. Sampai saat ini masih menjadi pertentangan tentang istilah yang tepat untuk membahas etika dalam hubungan dokter dan pasien. Menurut Childress dan Beuchamp seperti dikutip oleh Bertens[147], dipilih istilah etika biomedis yang memiliki empat prinsip utama yaitu menghormati otonomi, tidak merugikan, berbuat kebaikan, serta keadilan.

Konsep negara kesejahteraan *(welfare state)*, diutamakan pada usaha memajukan dan memenuhi hak asasi manusia. Usaha ini tidak hanya untuk menjaga agar seseorang tidak melanggar atau dilanggar haknya, namun harus mengupayakan pemenuhan hak-hak tersebut. Demikian pula dengan hak atas kesehatan, merupakan kewajiban pemerintah untuk memenuhinya.[148] Pemerintah menyatakan diri bertanggung jawab untuk menyediakan jaminan sosial dan ekonomi bagi penduduk melalui sarana pensiun, tunjangan jaminan sosial, layanan kesehatan gratis dan semacamnya.

[146]K. Bertens, *Etika Biomedis*, Penerbit Kanisius, Yogyakarta, 2011, h.46.
[147]*Ibid*., h.56.
[148]Rif 'atul Hidayat, *Op.Cit*., h,131.

Pasal 9 angka (1) UU Kesehatan menyatakan bahwa : "Setiap orang berkewajiban ikut mewujudkan, mempertahankan, dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya", dan angka (2) menegaskan, bahwa "Kewajiban sebagaimana dimaksud pada ayat (1), pelaksanaannya meliputi upaya kesehatan perseorangan, upaya kesehatan masyarakat, dan pembangunan berwawasan kesehatan". Dari pasal ini terlihat bahwa usaha mencapai derajat kesehatan optimal merupakan kewajiban masyarakat sebagai individu, untuk dapat mencapai derajat kesehatan yang optimal bagi masayarakat pada umumnya.

2.1.3 Etika medis dalam pelayanan kesehatan

Saat ini masih banyak kerancuan istilah yang dipakai dalam bidang etika di bidang kesehatan. Masih banyak yang menganggap sama antara istilah etika medis dan bioetika. Bioetik atau bioetika dipopulerkan oleh Van Rensselaer Potter[149] seorang profesor bidang onkologi di University of Wisconsin, Madison, Amerika Serikat pada tahun 1971, yang berpendapat bahwa ilmu pengetahuan mengenai kelangsungan hidup harus dibangun atas dasar ilmu biologi dan diperluas melampaui batas tradisional yang harus mencakup unsur sosial dan kemanusiaan. Ilmu yang terpisah dan tidak berhubungan itu harus dijembatani sehingga dapat saling berkomunikasi satu sama lain dengan suatu ilmu yang sifatnya interdisipliner dan berspektif interkultural yang akan memperkuat kemanusiaan.

[149]CB Kusmaryanto, *Bioetika Mendiskusikan Pertanyaan Dasar Tentang Hidup Manusia yang Menyangkut Berbagai Disiplin Ilmu,* Kompas Penerbit Buku, 2015, h.ix.

Kata “bio” dalam bioetika mencakup ilmu kedokteran, biologi, psikologi, bioteknologi, genetik dan lainnya.[150] Berdasarkan penjelasan cakupan bioetika ini maka dapat disimpulkan bahwa etika dalam dunia kedokteran yang menyangkut antara hubungan dokter sebagai pemberi layanan kesehatan dan pasien sebagai penerima layanan kesehatan atau yang selanjutnya disebut dengan etika medis, bukanlah bioetika itu sendiri tetapi merupakan bagian dari bioetika.

Etika adalah cabang dari ilmu filsafat yang berhubungan dengan moral dan keputusan terkait moral. Tindakanyang etis adalah tindakan yang dilakukan di atas kepentingan ptibadi. Etika berkaitan dengan apa yang harus dilakukan *(should or ought to do)*. Etika medis adalah etika dalam bidang medis yang merupakan salah satu cabang etika, yang mempelajari prinsip perilaku tenaga medis *(healthcare professionals)* terutama dokter, perawat, tenaga medis yang lain. Etika medis juga berlaku pada pasien dan keluarganya serta komunitas pada umumnya.[151] Standar etika medis ditentukan oleh organisasi profesi dalam bentuk kode etik. Tindakan seorang profesional dianggap tidak etis apabila :[152]

1. Membahayakan orang lain secara emosi dan fisik
2. Bertentangan dengan hati nurani seseorang
3. Membuat seseorang merasa menyesal atau tidak nyaman setelah melakukan suatu tindakan
4. Melanggar hukum atau kebiasaan di suatu lingkungan
5. Melanggar hak orang lain

[150]Pitono Soeparto et al., *Etika dan Hukum di Bidang Kesehatan, edisi kedua*, Airlangga University Press, 2006, h.55.
[151]Bonnie Fremgen, *Op.Cit*., p.9.
[152]*Ibid.*, h.12.

Selain empat prinsip bioetik yang disampaikan oleh Childress and Beauchamp yaitu *autonomy, beneficence, nonmalficence, justice,* dalam etika medis menurut Bonnie Fremgen[153] sebenarnya terdapat lebih banyak hal yang terkait kebajikan *(virtue)* yaitu : *beneficence, fidelity, gentleness, humility, justice, perseverance, responsibility, sanctity of life, tolerance, and work.* Masing-masing prinsip ini akan dijabarkan sebagai berikut :

a. *Beneficence* : tindakan menolong orang lain atau tindakan yang membawa kebaikan untuk orang lain, sehingga secara otomatis seorang dokter atau tenaga kesehatan lain tidak akan membahayakan orang lain *(do no harm).*
b. *Fidelity* : setia dan berbuat dengan sungguh-sungguh untuk orang lain. Dalam hal ini dimaknai juga bahwa seseorang harus menjalankan kewajibannya. Namun perlu diperhatikan bahwa taat pada aturan secara ketat bukan berarti kita menjadi membahayakan pasien. Contohnya seringkali seorang dokter dihadapkan pada aturan pembatasan pembayaran BPJS yang sudah melebihi batas dan pasien harus dipulangkan. Tetapi mengingat etika terkait *fidelity*, maka dokter harus mengesampingkan aturan ini dan harus tetap merawat pasien selama itu masih dalam batas kemampuan dan kompetensinya. Meski tidak jarang hal ini akan menimbulkan suatu dilema etik.
c. *Gentleness :* kelembutan dalam pendekatan dengan pasien. *Gentleness* di luar dari *compassion*, meski keduanya dapat dilakukan bersamaan.

[153]*Ibid.,* h.13.

d. *Humility* : sikap bersahaja dan rendah hati yang berlawanan dengan kesombongan. Rendah hati berarti juga jujur pada diri sendiri dan mengetahui batas kemampuan diri sendiri termasuk dalam menghadapi suatu kesalahan.
e. *Justice* : perilaku dokter harus adil bagi semua orang, demikian juga diartikan sebagai semua peraturan berlaku bagi semua orang. Seorang tenaga kesehatan tidak dapat menunjukkan sikap pilih kasih (favouritism) kepada pasien atau tenaga kesehatan lain.
f. *Perseverance* : kegigihan untuk bertahan dalam menghadapi tantangan hingga tugas selesai dilaksanakan.
g. *Responsibility* : tenaga medis harus dapat mempertanggungjawabkan semua tindakannya, merupakan suatu bentuk akuntabilitas meskipun berada dalam situasi penuh tekanan.
h. *Sanctity of life* : menghargai kesucian hidup setiap orang, artinya dokter harus menghargai orang tua atau anak-anak, yang seringkali dianggap sebagai kelompok yang belum kompeten sehingga terkadang kehilangan otonominya.
i. *Tolerance* : menghargai pendapat, praktek, kepercayaan yang berbeda.
j. *Work* : usaha yang dilakukan untuk mencapai tujuan harus dilakukan dengan baik dan sepenuh hati.

Di samping hal di atas masih ada etika interpersonal yang terdiri dari :[154]

a. *Respect* : menghargai pendapat dan keyakinan orang lain, karena pasien tentunya berasal dari latar belakang berbeda.

[154]*Ibid.*

b. *Integrity* : berdedikasi dengan standar yang tinggi. Misalnya seorang tenaga kesehatan harus mencuci tangan demi menghindari terjadinya infeksi pada pasien, meskipun saat itu tidak ada yang mengamati.
c. *Honesty* : kejujuran harus dilakukan dalam situasi apapun. Tenaga medis harus menerima kesalahan yang dilakukan dan melakukan perbaikan. Tenaga medis juga mempunyai kewajiban untk mengingatkan teman sejawatnya apabila melakukan suatu kesalahan.
d. *Fairness* : merawat pasien dengan perlakuan yang sama demikian juga dalam memperlakukan sejawat dan bawahan
e. *Empathy* : menghargai perasaan orang lain tanpa harus ikut merasakan sakitnya, peka dengan yang dirasakan pasien atau tenaga kesehatan yang lain.
f. *Sympathy* : pada umumnya pasien lebih bereaksi lebih baik terhadap sikap empati daripada simpati.
g. *Compassion* : kemampuan untuk memperlakukan atau merawat pasien dengan kasih sayang, misalnya pada pasien dengan stadium akhir yang menghadapu ketakutan apabila dirawat dengan cara ini akan mengurangi penderitannya.
h. *Loyalty* : menunjukkan komitmen seseorang.

Dalam melakukan perawatan terhadap pasien dan dalam hubungan dokter dan pasien seringkali terjasi situasi dilema etis yaitu suatu kondisi terjadinya konflik norma yang membuat dokter menemui pilihan yang sulit. Untuk mendapatkan solusi pada situasi dilema etik selain berdasarkan empat prinsip etika di atas dengan menerapkan prinsip *prima facie*[155] (jika ada dua nilai dalam tataran yang sama dan

[155]Albert R. Jonsen, *Op.Cit.,* h.4.

bersifat fundamental saling berhadapan, maka harus dipilih salah satu nilai yang harus didahulukan) sebagai model berpikir kritis dalam menerapkan analisis etik, dapat juga menggunakan model *"the four topics or boxes"*, yang meliputi :[156]

1. *Medical Indication*, mengacu pada diagnostik dan intervensi yang digunakan dalam mengevaluasi dan mengatasi masalah medis.
2. *Patient Preferences*, pilihan pasien (atau wali jika pasien tidak kompeten) terhadap pilihan terapi.
3. *Quality of Life*, menjabarkan kesejahteraan, kepuasan, dan tingkat stress maupun malfungsi pasien terkait dengan terapi yang diperolehnya.
4. *Contextual Features,* mengidentifikasi kondisi sosial, keuangan, institusi, dan faktor legal terkait dengan keputusan medis yang diambil.

Transparansi seringkali menjadi salah satu problem dalam dilema etis. Misalnya seorang dokter harus memilih apakah harus transparan kepada pasien tentang kondisinya, tetapi di satu sisi bersikap transparan akan menyebabkan kondisi mental pasien terpengaruh. Pasal 9 ayat (3) Permenkes tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran menyebutkan bahwa dokter boleh tidak memberitahukan secara langsung kepada pasien namun kepada keluarga apabila dengan memberitahukan kondisi tersebut akan mempengaruhi kesehatan pasien. Dunia kedokteran yang disebut memiliki unsur seni *(art of medicine)*, mengharuskan seorang dokter untuk peka dalam menghadapi situasi seperti ini. Sayangnya secara peraturan perundang-undangan belum ada aturan yang dapat melindungi dokter

[156]Dedi Afandi, 'Kaidah Dasar Bioetika dalam Pengambilan Keputusan Klinis Yang Etis', *Majalah Kedokteran Andalas*, Vol.40, No.2, September 2017, h.118, http://jurnalmka.fkunand.ac.id diakses pada 20 Desember 2022.

apabila di suatu saat ada tuntutan dari pasien karena tidak memberitahukan hal atau kondisi yang sebenarnya.

KODEKI yang menjadi pedoman bagi dokter untuk menjalankan profesinya sesuai etika medis mencantumkan keterbukaan informasi di dalamnya. Pasal 9 KODEKI menyebutkan bahwa dokter harus bersikap jujur terhadap pasien sedangkan Pasal 10 KODEKI menyebutkan bahwa dokter harus menghormati hak-hak pasien. Perlu diingat bahwa salah satu hak pasien adalah hak untuk membuat keputusan setelah mendapat penjelasan lengkap dan jelas dari dokter. Bahkan secara etik seperti yang tercantum dalam KODEKI, dokter harus secara transparan dan jujur harus mengingatkan teman sejawatnya yang memiliki kekurangan baik dalam sikap maupun kompetensi dalam menangani pasien demi keselamatan pasien.

2.1.4 Hak dasar dalam pelayanan kesehatan

Hak manusia pertama kali mulai dibahas oleh John Locke, yang mengatakan bahwa dalam keadaan alamiah manusia itu telah memiliki hak dasar yang dimiliki secara pribadi, yaitu :[157]

1. Hak akan hidup dan kehidupan
2. Hak akan kebebasan dan kemerdekaan
3. Hak untuk memiliki sesuatu

[157]Soehino, *Hak Asasi Manusia Perkembangan Pengaturan dan Pelaksanaan Hak Asasi Manusia di Indonesia (sejak kelahirannya sampai saat ini)*, Fakultas Ekonomi dan Bisnis UGM, 2013, h.10.

Ketiga hak ini disebut sebagai hak asasi manusia yang harus diakui dan dihormati oleh penguasa, sehingga dalam melaksanakan kekuasaan tidak boleh bertentangan dengan hak asasi manusia tersebut. Demikian juga hak ini harus dihormati oleh sesama manusia.[158]

Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia membahas tentang hak asasi manusia pada Bab XA yang terdiri dari pasal 28A hingga pasal 28J. Terkait dengan hak untuk hidup pada Pasal 28A disebutkan bahwa "setiap orang berhak untuk hidup serta berhak mempertahankan hidup dan kehidupannya". Sedangkan terkait hak atas keterbukaan informasi tercantum dalam Pasal 28F yaitu "Setiap orang berhak untuk berkomunikasi dan memperoleh informasi untuk mengembangkan pribadi dan lingkungan sosialnya, serta berhak untuk mencari, memperoleh, memiliki, menyimpan, mengolah, dan menyampaikan informasi dengan menggunakan segala jenis saluran yang tersedia". Pengetian hak asasi manusia dijabarkan dalam Pasal 1 angka 1 Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia (selanjutnya disebut UU HAM) yaitu "Hak Asasi Manusia adalah seperangkat hak yang melekat pada hakikat dan keberadaan manusia sebagai mahkluk Tuhan Yang Maha Esa dan merupakan anugerah-Nya yang wajib dihormati, dijunjung tinggi dan dilindungi oleh negara, hukum, Pemerintah, dan setiap orang demi kehormatan serta perlindungan harkat dan martabat manusia".

Hukum kedokteran berlandaskan pada hak asasi manusia yaitu hak aatas perawatan kesehatan *(the right to health care)*, hak untuk menentukan nasib sendiri

[158]*Ibid*., h.59

(the right to self setermination) yang terkait dengan ha katas informasi *(the right to information)*.[159] Demikian juga hak atas kesehatan yang diartikan sebagai hak setiap orang dalam hal ini hak pasien atas pemeliharaan dan perawatan kesehatan yang bertolak dari hubungan asasi antara dokter dan pasien, tentunya timbul berdasarkan hak atas pelayanan kesehatan dan hak untuk menentukan nasib sendiri sebagai bentuk kebebasan pribadinya.[160] Hak atas pelayanan kesehatan ini menjadi perhatian utama pemerintah karena pemerintah menyadari bahwa rakyat yang sehat adalah salah satu aset utama dalam pembangunan terutama dalam bidang kesehatan.[161]

Menurut UU Kesehatan, pelayanan kesehatan diwujudkan dengan upaya medis, yang menurut Pasal 1 undang-undang tersebut didefinisikan sebagai setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintregasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat. Upaya medis ini dapat berbentuk pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Disebutkan pula pada Pasal 5 UU Kesehatan bahwa "Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan". Sedangkan pada Pasal 17 UU Kesehatan disebutkan

[159]Hermien Hadiati Koeswadji, *Hukum Kedokteran (Studi Tentang Hubungan Hukum Dalam mana Dokter Sebagai Salah Satu PIhak)*, Citra Aditya Bakti, 1998, h.3.

[160]Astutik, 'Standar Pelayanan Medis Nasional Sebagai bentuk Pembatasan Otonomi Profesi Medis', *Holrev*, Vol.1 Issue 2, September 2017:pp.252-277, h.270, http://ojs.uho.ac.id/index.php/holrev/article/download/3645/3138 diakses pada 21 Juli 2021.

[161]Sapta Aprilianto, Agung Dian Syahputra, dan Gusti Ratih Ayu, 'Prinsip Otonomi Pasien Dalam Hubungan Hukum Dokter dengan Pasien di Indonesia', *Seminar nasional Hasil-Hasil Peneliti Ilmu Hukum Tahun 2015*, h.98, http://journal.fh.unsri.ac.id/index.php/SLCon/article/view/778 diakses pada 21 Juli 2021.

tentang tanggung jawab pemerintah dalam pelayanan kesehatan yaitu “Pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan akses terhadap informasi, edukasi, dan fasilitas pelayanan kesehatan untuk meningkatkan dan memelihara derajat kesehatan yang setinggi-tingginya”.

Saat ini di Indonesia memang belum ada batasan definisi pelayanan kesehatan yang tepat dan sistem pembagiannya, sehingga seringkali menimbulkan arti yang tidak jelas. Menurut UU Kesehatan pelayanan medis diwujudkan dalam bentuk upaya medis seperti yang disebutkan sebelumnya. Namun apabila mencermati Keputusan Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 82/PUU-XIII/2015 dalam putusan Perkara Pengujian Undang-Undang Nomor 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan terhadap UUD 1945, maka sebenarnya istilah pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh dokter atau dokter gigi menggunakan istilah yang lebih spesifik yaitu pelayanan medis. Pada Keputusan MK tersebut dikabulkan bahwa dokter dan dokter gigi tidak tergolong di dalam tenaga kesehatan seperti tercantum dalam Pasal 11 UU Tenaga Kesehatan, namun tergolong sebagai tenaga medis. Dasar pertimbangan dari hal ini adalah karena profesi dokter mempunyai sifat altruism yang meletakkan kepentingan pasien di atas kepentingan pribadi dan tindakan selalu mencakup etika dan disiplin profesi. Oleh karena itu dokter mempunyai otonomi berdasarkan *professional trust* untuk melakukan tindakan atas tubuh manusia atas landasan keilmuan yang kokoh demi kebaikan yang tidak dimiliki oleh tenaga kesehatan lain. Oleh karena itu pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh dokter dan dokter gigi lebih tepat secara spesifik disebut dengan pelayana medis.

Pelayanan medis harus selalu sesuai dengan standar medis dan juga harus mempunyai tujuan medis. Artinya semua tindakan mulai dari penegakan diagnosis yang bertujuan untuk menentukan terapi hingga saat pemberian terapi harus memenuhi pengertian dari terapeutik yaitu memperbaiki keadaan pasien. Hal ini tidak terlepas dari tujuan ilmu kedokteran yang disebutkan sebagai berikut :[162]

1. Menyembuhkan dan mencegah penyakit
2. Meringankan penderitaan
3. Mendampingi pasien dan keluarganya

Pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien harus dilakukan dengan hati-hati sesuai aturan yang ada dalam ilmu pengetahuan kedokteran. Meskipun pelayanan kesehatan akan membawa suatu risiko walaupun kecil, tetapi risiko itu harus dapat ditekan sekecil mungkin. Di sinilah letak profesionalitas seorang dokter harus selalu digunakan berdasarkan standar medis. Artinya seorang dokter harus bekerja sesuai dengan kebiasaan dan standar yang dilakukan oleh para dokter pada umumnya.[163] Pemerintah dan institusi penyelenggara pelayanan kesehatan harus berusaha mencapai ahasil yang optimal melalui pemanfaatan tenaga kesehatan, sarana dan prasarana terkait jumlah dan mutu yang tujuan utamanya adalah melindungi pasien selain tenaga kesehatan yang ada di dalamnya. Untuk itu perlu adanya norma hukum yang dapat meningkatkan, mengarahkan, dan memberi dasar dalam pelayanan kesehatan.[164]

---

[162]HJJ Leenen, PAF Lamintang, *Pelayanan Kesehatan dan Hukum : suatu studi tentang hukum kesehatan*, Binacipta, Bandung, 1991, h.38.
[163]*Ibid*., h.44.
[164]*Astutik*, Op.Cit., h.269.

Hak atas pelayanan kesehatan kesehatan ini berkaitan erat dengan hak untuk menentukan nasib sendiri *(right of self determination).* Di dalam Pasal 52 UU Praktik Kedokteran terdapat pernyataan yang menyebutkan hak pasien salah satunya adalah menolak tindakan medis. Hal ini merupakan salah satu contoh hak menentukan nasibnya sendiri bagi pasien tentunya setelah mendapat penjelasan yang jelas dari dokter. Hak untuk menentukan nasib sendiri di dalam hubungan dokter dan pasien merupakan perwujudan otonomi pasien. Dalam hal ini yang dimaksudkan adalah otonomi individual yang menyangkut manusia perseorangan, yaitu kebebasan seseorang untuk mengambil keputusan sendiri atau kemandirian dalam mengatur urusannya sendiri.[165] Bertens mengutip pernyataan John Stuart Mill dalam *On Liberty* yang menyebutkan bahwa kebebasan itu juga menyangkut tentang kesehatan :

> *"The only freedom which deserves the name, is that of pursuing our own good in our own way, so long as we do not attempt to deprive otherts of theirs, or impede their efforts to obtain it. Each is then proper guardian of his own health, wether bodily, or mental and spiritual…"*

Dasar terdalam dari otonomi adalah martabat manusia dan mempunyai dua sudut pandang. Di satu sisi seseorang mempunyai hak untuk memilih dan menentukan yang terjadi pada dirinya. Di sisi lain orang lain mempunyai kewajiban untuk menghormatinya.[166] Otonomi disini dibagi mernjadi dua yaitu:[167]

1. Otonomi tingkat pertama *(first order otonomi)* yaitu pasien memilih sendiri secara otonom nilai dan alasan atas keputusan yang diambilnya.

[165]Bertens, *Etika Biomedis*, Penerbit Kanisius, 2011, h.77.
[166]*Ibid*., h.79
[167]*Ibid*., h.81

2. Otonomi tingkat pertama *(second order otonomi)* yaitu pasien menyerah pada otoritas atau mengikuti budaya tertentu.

Perwujudan prinsip otonomi dan hak untuk menentukan untuk dirinya sendiri ini erat kaitannya dengan proses *informed consent*. Di dalam proses *informed consent* pasien harus diberikan kesempatan untuk mengajukan pertanyaan sebagai bentuk penghargaan terhadap pasien sebagai subjek hukum yang mandiri.[168] *Informed consent* memang merupakan suatu bentuk terwujudnya kontrak medis, tetapi perlu diingat bahwa hubungan dokter pasien sebagai hubungan kontraktual sudah dimulai sejak saat pasien datang ke praktik dokter atau rumah sakit, dan kesepakatan ini dapat terjadi secara tersirat maupun tertulis serta nampak disini adanya unsur kesepakatan sesuai dengan prinsip perjanjian dengan adanya kesediaan dokter sebagai perwujudan asas konsensual.[169] *Informed consent* akan memberikan perlindungan tidak hanya terhadap pasien tetapi juga terhadap dokter yang akan memberikan pelayanan kesehatan bagi pasien tersebut.

2.1.5 Hubungan hukum dokter dan pasien dalam pelayanan kesehatan

Relasi dokter dan pasien pada dasarnya terdiri dari beberapa macam model, seperti halnya dikemukakan oleh Alasdair Maclean yaitu :[170]

a. The fiduciary or trustee model

[168]Yudha Hernoko, Ghansham Anand, dan Bagus Oktavian, "Implementasi Asas Proporsionalitas dalam Perjanjian Terapeutik (Upaya untuk mewujudkan doktrin hubungan dokter dan pasien yang berkeadilan)", *Penelitian RKAT FH Universitas Airlangga*, 2017, h.23 (selanjutnya disebut Agus Yudha Hernoko-2), http://fh.unair.ac.id/wp-content/uploads/2016/04/Hasil-Penelitian-2016.pdf diakses pada 21 Juli 2021

[169]*Ibid*., h.24.

[170]Alasdair Maclean, *Briefcase on Medical Law 2nd edition*, Cavendish Publishing Limited, USA, 2004, h.12.

Dasar dari relasi dokter dan pasien adalah adanya kepercayaan sepenuhnya dari pasien kepada dokter. Dokter bertanggung jawab sepenuhnya terhadap tubuh pasien termasuk dalam pengambilan keputusan. Model ini sesuai dalam kondisi pasien yang tidak kompeten.

b. *The priestly model*

Model hubungan ini adalah bentuk paternalistik yang tradisional yang berpedoman pada prinsip *benefit and do no harm to the patient over the patient's autonomy.*

c. *The engineering model*

Pada hubungan ini dokter memaparkan semua fakta kepada pasien tanpa pertimbangan apapun sehingga sepenuhnya pasien bertanggung jawab dalam pengambilan keputusan. Ada pandangan bahwa model ini merupakan akibat dari kemajuan ilmu dan teknologi, sehingga dokter seakan hanya bekerja tanpa pertimbangan nilai yang lain.

d. *The costumer-salesperson model*

Pasien adalah konsumen yang berlandaskan anggapan *the costumer is always right*. Kewajiban dokter hanya memperikan informasi yang diminta oleh pasien dan tidak mempunyai kewajiban untuk memberikan informasi yang lain. Dokter tidak mempunyai tanggung jawab moral dalam pengambilan keputusan.

e. *The collegial or partnership model*

Dokter dan pasien adalah kolega yang bekerja sama dalam bentuk *partnership* dengan tujuan untuk kepentingan kesehatan pasien. Pada kondisi ini diperlukan peranan saling percaya, kerahasiaan, komitmen akan adanya persamaan dalam

harkat dan saling menghargai. Dokter dan pasien mempunyai tanggung jawab bersama dalam mengambil keputusan. Model ini kurang mempertimbangkan bahwa dokter mempunyai kemampuan dan pengetahuan yang lebih dari pasien, selain itu terkadang menjadi tidak realistik karena dalam relasi dokter-pasien selalu ada pengaruh faktor budaya, adat, kelas sosial, agama, ekonomi, perbedaan nilai.

f. The contractual model

Bentuk kontrak dalam relasi dokter-pasien terlihat dalam adanya kewajiban kedua pihak untuk mencapai tujuan bersama melalui negosiasi. Dalam kondisi ini disadari bahwa hampir selalu tidak ada tujuan bersama yang persis sama tetapi harus adanya unsur kepercayaan dan kerahasiaan dari kedua pihak yang mengutamakan otonomi dan penghargaan akan nilai dari kedua pihak. Pasien mempunyai tanggung jawab moral atas keputusan yang diambilnya, tetapi dokter juga mempunyai tanggung jawab untuk memberikan pilihan pada pasien, memberikan arahan agar pasien memahami sehingga mampu membuat keputusan. Namun model ini kurang sesuai pada pasien yang tidak kompeten atau dalam kondisi sakit berat.

g. The educational model

Model ini pada umumnya dilakukan oleh sebuah tim dokter yang juga mempunyai kewajiban untuk mendorong pasien berpartisipasi dalam hal perawatannya, termasuk keterlibatan keluarga.

WMA menyebutkan bahwa relasi dokter pasien adalah suatu hal yang fundamental dalam pelayanan kesehatan, seperti yang disebutkan berikut :[171]

> *The patient-physician relationship is the fundamental core of medical practice. It has a universal scope and aims at improving a person's health and wellbeing. This is made possible by knowledge sharing, common decision making, patient and physician autonomy, help, comfort and companionship in an atmosphere of trust. Trust is an inherent component of the relationship that can be therapeutic in and of itself. The patient-physician relationship is essential to patient-centred care. It requires both the physician and the patient to be active participants in the healing process. While the relationship encourages and supports collaboration in medical care, competent patients make decisions that direct their care. The relationship may be terminated by either party. The physician must then assist the patient in securing transfer of care and refer the patient to another physician with the necessary ability to continue the care.*

Jelas disebutkan bahwa dalam suatu pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk mencapai kesehatan pasien yang berpusat pada pasien harus memperhatikan otonomi pasien dan dokter. Kepercayaan adalah landasan dari relasi dokter-pasien. Peran aktif kedua pihak diperlukan dalam pengambilan keputusan meski salah satu pihak berhak untuk mengakhiri relasi tersebut.

Hubungan antar dokter dan pasien di Indonesia dikenal dengan hubungan terapeutik. Terapeutik erat kaitannya dengan terapi atau *treatment* dalam Bahasa Inggris. *Treatment* dalam dunia kesehatan mempunyai dua arti yaitu *"the process or dealing with a person or thing, a thing done to relieve or cure an illness or*

[171]"WMA Declaration Of Cordoba On Patient-Physician Relationship", Adopted by the 71st WMA General Assembly (online), Cordoba, Spain, October 2020, https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-cordoba-on-patient-physician-relationship/ diakses pada 1 Juli 2022.

correct a problem".[172] Sedangkan kata terapi itu sendiri mempunyai arti *"treatment of injury or disease"*[173]

Hubungan antara dokter dan pasien meliputi banyak hal diantaranya dimulai sejak pencegahan penyakit, proses diagnostik sampai dilakukan tindakan itu sendiri. Seperti tercantum dalam Pasal 1 UU Kesehatan : "Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat".

Sejak berkembangnya perhatian akan hubungan dokter dan pasien, dikenal empat macam jenis hubungan dokter pasien, yaitu model paternalistik, model informartif, model interpretif, dan model pertemanan.[174] Tidak disangkal jika dokter dan pasien bukan dalam kedudukan yang sama, akan tetapi posisi ini tidak boleh dimanfaatkan oleh pihak yang dominan untuk memaksakan kehendaknya. Dalam prosesnya masih dimungkinkan adanya pertukaran gagasan secara bebas yang pada akhirnya kedua belah pihak akan mencapai kesepakatan bersama agar berlangsung hubungan yang kondusif dan proporsional.[175]

---

[172]AS Hornby, *Oxford Advanced Learner's Dictionary 5th edition,* Oxford University Press, 1995, h.1274.

[173]Harvey Marcovitch, *Black's Medical Dictionary 42nd edition,* A&C Black London, 2010, h.657.

[174]Ezekiel J.Emanuel dan Linda L.Emanuel, 'Four models of the physician-patient relationship', *JAMA The Journal of the American Association*, vol.267, 1992, p.2221(6), diakses pada 2 Desember 2019

[175]Agus Yudha Hernoko-1, *Op.Cit,* h.86

Faktor kepercayaan *(trust)* yang mendasari relasi dokter dan pasien dalam hubungan terapeutik tidak bisa dilepaskan dari proses pemberian infromasi dalan *informed consent* yang juga bisa berimplikasi pada proses membangun kepercayaan pasien. Keduanya sangat berhubungan, bahwa pasien bisa memberikan persetujuan apabila mereka telah mempunyai kepercayaan kepada dokter yang akan merawatnya, termasuk dalam hal ini pasien mempunyai kepercayaan untuk secara jujur menceritakan kondisinya.[176] Agar relasi dokter-pasien berjalan dengan baik diperlukan beberapa karakteristik :[177]

a. Kepercayaan*/trust*, merupakan faktor utama dalam relasi dokter-pasien. Dalam hal ini pasien diharapkan mempunyai kepercayaan terhadap kemampuan dokter.
b. Menghargai/*respect*, masing-masing pihak harus saling menghargai sehingga kepercayaan dapat dipertahankan.
c. Bertanggung jawab moral satu sama lain/*morally responsible to the other.*
d. Emphaty.
e. Kepedulian/*care.*

Sebagai suatu perwujudan kontrak medis, *informed consent* mempunyai beberapa unsur yang harus dipenuhi :[178]

[176]Nir Eyal, 'Using Informed Consent to Save Trust', *J Med Ethics 2014;40:437-444*, h.440, https://jme.bmj.com/content/medethics/40/7/437.full.pdf diakses pada 2 Januari 2021.
[177]Alasdair maclean, *Op. Cit*,p.77.
[178]Agus Yudha Hernoko dan Ghansam Anand, *'The Anatomy of Informed Consent that Provides Legal Protection for Every Party', Anvances in Social Science, Education, and Humanity Research*, vol 390, Internaiional Conference on Research and Academic Community Services 2019, Atlantis Press, 2019, h. 7, https://www.atlantis-press.com/article/125931324.pdf diakses pada 16 Mei 2021.

1. Dokter harus memberikan informasi pada pasien, keluarga, atau yang mewakili pasien secara hukum
2. Informasi harus diberikan oleh dokter yang melakukan perawatan dengan Bahasa yang mudah dipahami
3. Penerima informasi sudah harus kompeten, berusia 18 tahun atau lebih atau sudah menikah dan sehat secara mental
4. *Informed consent* dilakukan dengan bebas tanpa adanya tekanan
5. Pasien yang kompeten berhak menolak tindakan medis
6. *Informed consent* dapat ditunda karena berbagai alasan dari pihak pasien
7. Pernyataan harus diberikan sebelum dilakukan suatu tindakan atau sebelum terapi diberikan dan pasien bolehmencabut kapan saja. Kepada pasien diberitahuan bahwa dia harus bertanggung jawab atas pencabutannya
8. *Informed consent* harus ditandatangai dan harus ada saksi dalam pelaksanaannya
9. Pada kondisi kegawatdaruratan, dokter dapat melakukan tindakan terapi pada pasien tanpa persetujuan namun setelahnya harus diberikan penjelasan.

Terdapat suatu perkecualian terkait *informed consent* yaitu dalam keadaan darurat untuk menyelamatkan nyawa pasien seperti tercantum pada Pasal 4 Permenkes Persetujuan Tindakan Kedokteran yaitu “dalam keadaan darurat untuk menyelamatkan jiwa pasien dan/atau untuk mencegah kecacatan tidak diperlukan persetujuan tindakan kedokteran”. Dalam situasi ini dapat dikatakan telah terjadi perwakilan sukarela atau *zaakwarneming* sesuai pasal 1354 BW, di mana salah satu unsurnya adalah perwakilan sukarela dilakukan tanpa mendapat kuasa dari pihak

yang berkepentingan baik lisan maupun tulisan dan dilakukan untuk kepentingan orang lain tersebut.[179] Sesuai prinsip ini juga maka dokter wajib meneruskan dan menyelesaikan urusan tersebut sampai selesai dalam arti menangani pasien sampai selesai dan memenuhi kewajiban sebagai bapak yang baik.[180] Dasar dari semua hal tersebut adalah kepentingan dan kebaikan pasien berdasarkan prinsip *beneficence*. Keterbukaan dan pemberian informasi pada pasien tidak sadar tersebut harus segera diberikan setelah pasien sadar atau diberikan kepada keluarga yang sah dan berhak secara hukum.[181]

Karena hubungan antara pasien dengan dokter ini berdasarkan suatu kepercayaan, maka dalam hubungan hukum dapat digolongkan sebagai *fiduciary relationship.*[182] *Fiduciary relationship* atau dapat disebut juga *fiduciary obligation,* merupakan istilah yang lebih sering digunakan dalam sistem *common law*, yang diartikan sebagai seseorang yang mempunyai peranan sosial yang bertindak untuk orang lain yang lebih lemah berdasarkan itikad baik. Dokter sebagai pihak yang lebih dominan selain harus bertindak berdasarkan itikad baik dan loyal, juga harus melindungi dan meletakkan kepentingan pasien di atas kepentingannya sendiri.[183] Hubungan berdasarkan kepercayaan dalam bentuk *fiduciary relationship* ini sama halnya dengan hubungan antara bank dengan nasabah yang tetap memiliki

[179]Leonora Bakarbessy dan Ghansham Anand, *Buku Ajar Hukum Perikatan*, Penerbit Zifatama Jawara, 2018, h.18.

[180]*Ibid*., h.19.

[181]Sabir Alwy, dan Afdhal, 'Perjanjian Terapeutik Sebagai Dasar Bagi Dokter Dalam Melakukan Penanganan Medis', *Akta Yudisia* 4(1),1-22, 2019, h.16, http://jurnal.borneo.ac.id/index.php/aktayudisia/article/view/1020 diakses pada 20 Juli 2021.

[182]Hui,'Doctors as Fiduciaries : a legal construct of the patient-physician relationship', *Hongkong Med J*, Vol 11, No.6, December 2005, https://www.semanticscholar.org/paper/Doctors-as-fiduciaries%3A-a-legal-construct-of-the-Hui/bcdfcca188bd1f762dc4ae24b47ae3c1b4b45032 diakses pada 15 Nopember 2019.

[183] TA Faunce, SN Bolsin, *Op Cit*., h.479.

implikasi hukum meskipun didasarkan pada kepercayaan, misalnya dalam hal pelanggaran kerahasiaan.[184]

Keterbukaan dalam hubungan dokter dan pasien telah ditegaskan oleh *Joint Commission of Accreditation of HealthCare Organization dan American Medical Association*, terutama dalam hal pemberian informasi kepada pasien apabila terjadi komplikasi. Rumah sakit harus membuat regulasi dalam hal terjadi hal-hal yang membahayakan pasien secara bertahap, terbuka, dan lengkap mengenai penyebab terjadinya kejadian yang tidak diharapkan tersebut, dengan sikap yang baik / penuh kasih sayang yang disampaikan oleh pemberi layanan kesehatan yang bertanggung jawab. Apabila kejadian tersebut disebabkan oleh kesalahan atau kerusakan sistem, maka respon yang diberikan harus meliputi permintaan maaf dan pemberian ganti rugi.[185] Sebaliknya apabila pasien tidak melakukan kewajibannya dalam memberikan informasi yang jelas dan benar tentang kondisinya dan riwayat kesehatannya tentunya akan menyulitkan dokter untuk memberikan rencana terapi bagi pasien tersebut sehingga proses pemberian informasi secara timbal balik tidak dapat berjalan secara seimbang dan pada akhirnya akan mempengaruhi pertimbangan dokter dalam memberikan terapi yang tepat serta mempengaruhi keputusan pasien akan tindakan medis bagi dirinya.

[184]Kuwido Prahoro dan Trisadini Prasastinah Usanti, 'Tanggung Gugat Dalam Transaksi Melalui Internet Banking', *Hukum Bisnis*, Universitas Narotama Surabaya Volume 3 Nomor 2, Oktober 2019, http://download.garuda.kemdikbud.go.id/article.php?article=1505023&val=17976&title=TANGGUNG%20GUGAT%20DALAM%20TRANSAKSI%20MELALUI%20INTERNET%20BANKING diakses pada 23 Agustus 2022.

[185]Lucian L. Leape, 'Full Disclosure and Apology : an Idea Whose Time has Come', *Special Report : Patient Trust and Safety, The Physician Executive*, March-April 2006, h.23, dari https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16615398/ diakses pada 6 Februari 2020.

Meskipun hingga saat ini masih banyak pertentangan bahwa hubungan dokter dan pasien dalam pelayanan kesehatan tergolong suatu bentuk kontrak, namun tidak dapat disangkal bahwa semakin bergesernya hubungan antara pemberi dan penerima layanan kesehatan ini sebagai suatu hubungan bisnis maka dapat dikatakan hubungan ini tergolong suatu bentuk kontrak. Maka tidak salah apabilan hubungan dokter dan pasien disebut sebagai kontrak terapeutik, kontrak medis, perjanjian terapeutik, transaksi terapeutik, ataupun perikatan terapeutik. Istilah perjanjian yang merupakan kesepadanan dari kata *overeenkomsf* dalam bahasa Belanda atau *agreement* dalam bahasa Inggris, mempunyai arti yang lebih sempit yaitu meliputi ikatan hukum yang hanya terbit dari perjanjian saja tidak mencakup ikatan yang berasal dari undang-undang. Istilah kontrak sendiri sebenarnya dalam Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, yang lebih dikenal dengan sebutan *Burgerlijk Wetboek* (selanjutnya disebut BW) dikatakan sebagai suatu perbuatan dimana seseorang atau lebih mengikatkan dirinya terhadap seseorang yang lain atau lebih (Pasal 1313 BW mengenai perjanjian). Namun dalam kenyataannya dewasa ini istilah kontrak lebih dikonotasikan sebagai perjanjian tertulis semata dan digunakan semata-mata untuk mengatur perjanjian yang prestasinya dilakukan oleh kedua belah pihak.[186]

Menurut Sogar Simamora, dalam Bahasa Indonesia istilah kontrak dan perjanjian dianggap mempunyai arti yang sama yakni berasal dari terjemahan *contract, overeenkomsf,* atau *contraf*. Istilah perjanjian mempunyai cakupan yang lebih luas, sehingga tidak dapat diartikan kontrak sebagai perjanjian yang

[186]Munir Fuady-1, *Op.Cit*, h. 3.

bentuknya tertulis saja.[187] Suatu kontrak mempunyai unsur-unsur pihak-pihak yang berkompeten, pokok yang disetujui, dan kewajiban timbal balik. Ciri kontrak yang utama adalah dia merupakan suatu tulisan yang memuat persetujuan dari para pihak, lengkap dengan ketentuan dan syarat, serta yang berfungsi sebagai alat bukti tentang adanya seperangkat kewajiban.[188]

Hubungan pasien dan dokter selanjutnya akan membentuk suatu hubungan hukum yang membentuk hak dan kewajiban kedua pihak. Barry R. Furrow, Sandra H. Johnson, Timothy S. Jost, Robert L. Schwartz seperti dikutip oleh Machli Riyadi, memberikan komentar berkaitan dengan hubungan hukum antara dokter dengan pasien, yaitu :[189]

> *"the relationship of physician and patient, an implied contract is usually the basis of the relationship between doctor and patient. When a patient goes to a doctor's office with a particular problem, he is offering to enter into a contract with the doctor. When the doctor examine the patient, she accepts the offer and an implied contract is created. The doctor is free to reject the offer and send the patient away, reliening herself of any duty to that patient."*

Sebagai suatu bentuk kontrak tentunya dalam kontrak terapeutik tidak dapat serta merta dilepaskan dari syarat sahnya perjanjian menurut pasal 1320 BW yaitu :

1. Adanya kesepakatan antara mereka yang mengikatkan dirinya
2. Kecakapan untuk membuat suatu perikatan
3. Adanya objek tertentu

---

[187] Sogar Simamora, *Hukum Kontrak Prinsip-Prinsip Hukum Konrak Pengadaan Barang dan Jasa Pemerintah di Indonesia,* LaksBang PRESSindo, Surabaya, 2017, h.24.

[188]Ghansham Anand, 'Prinsip Kebebasan Berkontrak Dalam Penyusunan Kontrak', *Yuridika:* Volume 26 No 2, Mei-Agustus 2011, h.60, https://e-journal.unair.ac.id/YDK/article/view/265 diakses pada 20 Agustus 2022.

[189] Machli Riyadi, *Hukum Kesehatan Kontemporer*, Akademia, 2015, h.33.

4. Suatu sebab yang diperbolehkan

Meskipun pada Pasal 39 UU Praktik Kedokteran berbunyi : ”Praktik kedokteran diselenggarakan berdasarkan pada kesepakatan antara dokter atau dokter gigi dengan pasien dalam upaya untuk pemeliharaan kesehatan, pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit dan pemulihan kesehatan”. Tetapi hubungan hukum dokter dan pasien tidak hanya berupa perjanjian berdasarkan kesepakatan. Ada kalanya dalam situasi tertentu misalnya dalam kondisi kegawatdaruratan, hubungan dokter dan pasien berdasarkan *zaakwarneming* menurut pasal 1354 BW yaitu :

> *“*Jika seseorang dengan sukarela tanpa ditugaskan, mewakili urusan orang lain, dengan atau tanpa setahu orang itu, maka ia secara diam-diam mengikatkan dirinya untuk meneruskan serta menyelesaikan urusan itu, hingga orang yang ia wakili kepentingannya dapat mengerjakan sendiri urusan itu. Ia harus membebani diri dengan segala sesuatu yang termasuk urusan itu. Ia juga harus menjalankan segala kewajiban yang harus ia pikul jika ia menerima kekuasaan yang dinyatakan secara tegas*.”*

Dasar dari terbentuknya kepercayaan dan menghargai antara dokter dan pasien adalah komunikasi. Penelitian *Reader, Gillespie, & Roberts* pada tahun 2014, mendapatkan hasil dari 59 studi yang dilaporkan, bahwa 88.069 dari komplain pasien terutama disebabkan karena komunikasi dan problem penanganan pasien itu sendiri.[190] Menurut Gordon I. Zimmerman fungsi komunikasi adalah sebagai alat setiap manusia untuk memeuhi kebutuhan hidupnya dan untuk memupuk hubungan yang baik dengan manusia lain. Dapat disimpulkan komunikasi meliputi pertukaran informasi untuk menyelesaikan tugas selain dari

[190]Elizabeth Manias, *Communicating in Surgery in Communicating Quality and Safety in health Care,* edited by Rick Iedema, Donella Piper, Marie Manidis, Cambridge Universuty Press, 2015, h.3.

untuk membangun hubungan dengan orang lain. Menurut Rudolph F. Verberber komunikasi berhubungan pula dengan pengambilan keputusan, karena beberapa jenis keputusan memerlukan tahapan dalam menentukannya yang diawali dari informasi yang selanjutnya harus diolah dan dipertimbangkan.[191]

Saat ini kemajuan teknologi dan makin canggihnya alat penunjang medis ditengarai sebagai salah satu sebab menurunnya kualitas dan kuantitas komunikasi antara dokter dan pasien. Padahal komunikasi yang baik akan menunjang kesembuhan pasien dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, selain juga akan meningkatkan hubungan baik antara dokter dan pasien. Komunikasi interpersonal mempunyai dimensi sebagai berikut :[192]

1. Keterbukaan
2. Empati
3. Sikap mendukung
4. Sikap positif
5. Kesamaan

Sayangnya saat ini belum ada peraturan perundang-undangan yang mengatur tentang komunikasi pada umumnya dan komunikasi antara dokter dan pasien pada khususnya. Peraturan yang sudah ada terkait kejujuran dalam pemberian informasi masih tidak dapat memenuhi tuntutan kondisi yang ada saat ini.

[191]Deddy Mulyana, *Ilmu Komunikasi Suatu Pengantar*, Remaja Rosdakarya, Bandung, 2017,h.4.

[192]Ilona Vicenovie Oisina, Ivonne Ruth, dan Vitamaya Osidhi, 'Korelasi Komunikasi Interpersonal Efektif & Kualitas Layanan Tim Medis terhadap Kepuasan Pasien', *Jurnal Komunikasi Islam* | Volume 08, N omor 01, Juni 2018, http://jurnalfdk.uinsby.ac.id/index.php/jki/article/view/242 diakses pada 1 Mei 2021.

Kesepakatan antara dokter dan pasien merupakan dasar dari pelayanan kesehatan, seperti halnya disebutkan dalam Pasal 39 UU Praktik Kedokteran bahwa penyelenggaraan praktik kedokteran terbentuk dari kesepakatan antara dokter dan pasien. Masih sering terjadi perdebatan kapan saat sebenarnya terjadi kesepakatan hingga disebut kontrak antara dokter dan pasien. Apakah saat pasien melakukan pendaftaran karena menerima penawaran rumah sakit atau dokter, ataukah saat pasien pertama kali bertemu dokter, ataukah saat terjadinya penandatanganan *informed consent* untuk dilakukan perawatan atau tindakan.

Perjanjian timbul dengan adanya suatu penerimaan atau akseptasi dari suatu penawaran. Menurut Nieuwenhuis[193] saat yang menentukan dalam dimulainya perjanjian adalah penerimaan atau akseptasi. Kehendak para pihak ini tidak selalu dinyatakan secara tegas namun dapat dengan tingkah laku yang menunjukkan sebagai pernyataan kehendak.[194] Penawaran dan akseptasi sebagai perwujudan asas konsensualisme dalam kontrak merupakan prinsip penting terutama dalam pembentukan kontrak dan berfungsi menjamin kepastian hukum.[195]

Timbulnya perjanjian yakni syarat kesepakatan mengenal empat teori yaitu teori pernyataan, teori pengiriman, teori mengetahui, dan teori penerimaan.[196] Teori pernyataan menyatakan kontrak lahir saat penerimaan suatu pernyatan ditulis atau dinyatakan oleh pihak yang ditawari. Teori pengiriman menyatakan kontrak lahir saat penerimaan atas penawaran dikirim oleh pihak yang ditawari kepada pihak

[193]J.H. Nieuwenhuis, *Pokok-Pokok Hukum Perikatan*, terjemahan, Djasadin Saragih, Fakultas Hukum Universitas Airlangga, 1986, h.5.
[194]*Agus Yudha Hernoko-1, Op.Cit.*, h.162.
[195]Y. Sogar Simmamora, *Op.Cit.*, h.172.
[196]J.H. Nieuwenhuis, *Ibid.*, h.6.

yang menawarkan. Teori mengetahui menyatakan kontrak lahir saat surat jawaban atau penerimaan diterima oleh pihak yang menawarkan. Teori penerimaan menyatakan kontrak lahir saat surat penerimaan telah sampai di tempat pihak yang menawarkan.[197] Pada hubungan kontraktual antara dokter dan pasien, teori terjadinya kesepakatan yang sesuai dengan doktrin di atas adalah teori pernyataan karena kesepakatan dilakukan langsung pada saat pasien datang ke tempat layanan kesehatan untuk menemui dokter dan mendapatkan perawatan.

Pernyataan kehendak sebagai perwujudan kesepakatan tidak harus dalam bentuk tertulis, namun juga dapat berupa tindakan atau perilaku yang menunjukkan pernyataan kehendak tersebut.[198] Hal ini juga sesuai sebagaimana tercantum di dalam *Unidroit Principles of International Commercial Contracts 2016* (UPICC) Artikel 2.1.1 bahwa : "*A contract may be concluded either by the acceptance of an offer or by conduct of the parties that is sufficient to show agreement".* Pasal 6:227 NBW menyebutkan bahwa perjanjian dianggap sah tidak hanya secara tertulis melainkan juga apabila dibuat secara elektronik dengan syarat dapat diakses oleh para pihak, keasliannya terjamin, kapan terjadinya perjanjian dibuat dapat dipastikan, dan identitas para pihak dapat dinilai dengan pasti.

Tahapan pembuatan kontrak terdiri dari prakontrak yaitu tahapan yang ditandai dengan penawaran dan penerimaan, tahapan kontrak yaitu tahapan yang ditandai dengan adanya persesuain dan pertemuan kehendak di antara para pihak, serta tahapan paska kontrak yaitu tahapan pelaksaaan perjanjian dan atau penafsiran

[197]Leonora Bakarbessy, *Op.Cit*., h.111.
[198]Agus Yudha hernoko-1, *Op.Cit*., h.162.

perjanjian.[199] Menurut Veronica Komalawati[200] tahap prakontrak dimulai pada saat dilakukan wawancara pengobatan (anamnesis) mulai dari data pasien hingga keluhan serta riwayat penyakitnya. Selanjutnya dokter akan menyusun riwayat tersebut yang dianggap sebagai momentum penerimaan dokter menerima pasien tersebut sebagai pasien dan dianggap sebagai saat terjadinya kesepakatan. Selanjutnya dokter menegakkan diagnosis, memberikan penanganan pada pasien, hingga pasien memberikan honorarium dianggap sebagai fase kontraktual. Fase paska kontrak adalah saat pasien menjalankan terapi yang diberikan oleh dokter.

Pada tahap prakontraktual juga terjadi negosiasi prakontrak (*preliminary contract),* yang ditandai dengan disampaikan suatu janji satu pihak kepada pihak lain dengan harapan pihak lain setuju untuk mengadakan persetujuan. Pihak yang bersedia dengan penawaran janji tersebut selanjutnya menunjukkan kesediaan dengan melakukan tindakan hukum diantaranya menyerahkan uang sebagai tanda jadi.[201] Berdasarkan prinsip ini maka yang disebut sebagai permulaan kontrak yaitu tahap prakontraktual sudah dimulai pada saat pasien datang ke suatu rumah sakit untuk mencari pertolongan, kemudian rumah sakit mengadakan *preliminary contract* berupa nama dokter yang berpraktik sebagaimana tercantum dalam Pasal 27 huruf (q) PP Penyelenggaraan Perumahsakitan tentang kewajiban rumah sakit beserta pelayanan yang diberikan, selanjutnya pasien setuju dengan melakukan pendaftaran dan pada umumnya pasien menandatangani formulir persetujuan umum atau *general consent.*

[199]Nasir Asnawi -1, *Op.Cit*., h.23.
[200]Veronica Komalawati, *Op.Cit*., h.146.
[201] Nasir Asnawi -1, *Op.Cit*., h.1.

Sebagaimana bentuk kontrak yang lain maka kontrak antara dokter dan pasien juga harus dapat mewujudkan keadilan dan mewadahi pertukaran kepentingan secara proporsional baik bagi dokter maupun pasien. Isi kontrak berbeda dengan kausa kontrak seperti halnya sebagai syarat sahnya perjanjian dalam pasal 1320 BW. Kausa kontrak adalah tujuan yang hendak dicapai oleh para pihak dalam pembuatan kontrak.[202] Isi kontrak merupakan penentuan sifat serta luasnya hak dan kewajiban yang timbul dari hubungan kontraktual para pihak atau substansi hak dan kewajiban yang saling dipertukarkan oleh para pihak.[203]

Penentuan isi kontrak harus memperhatikan tiga unsur yaitu unsur *essentialia* yaitu unsur yang mutlak harus ada dalam kontrak, unsur *naturalia* yaitu unsur-unsur yang ditentukan oleh peraturan yang bersifat mengatur namun dapat disimpangi, dan unsur *accidentalia* yaitu unsur yang peraturan belum mengatur tetapi dapat ditambahkan oleh para pihak.[204] Isi kontrak ditentukan oleh kehendak para pihak sebagai faktor primer (otonom) dan faktor lain (heteronom) yaitu kebiasaan, undang-undang, kepatutan, keadilan. Hal ini sesuai dengan Pasal 1339 BW. Pemikiran ini bermula karena seringkali kontrak hanya mengatur hal pokok sehingga apabila dalam pelaksanaannya timbul masalah maka akan diantisipasi oleh adanya faktor heteronom.[205]

Pada umumnya para pihak yang terikat dalam suatu kontrak komersial bebas untuk mengatur hukum dan kewajiban kontraktual seluas-luasnya, inilah yang disebut freedom of contract menurut pasal 1338 BW yang mengatur bahwa

[202]Leonora Bakarbessy, *Op.Cit*., h.160.
[203]*Ibid.*
[204]Agus Yudha Hernoko-1., *Op.Cit*., h.226.
[205]Leonora Bakarbessy, Op.Cit., h.162.

para pihak bebas menentukan mitra, bentuk, isi, tujuan, dan dasar hukum dari suatu kontrak.[206] Bentuk kontrak sesuai dengan asas kebebasan berkontrak merupakan gambaran dari perwujudan kehendak manusia. Buku III BW yang menganut sistem terbuka memberi kebebasan para pihak untuk menentukan pola hubungan hukum yang akan dibuatnya. Kebebasan berkontrak memberikan kebebasan para pihak untuk menentukan isi dan bentuk perjanjian termasuk format yang akan dipakai (baik tertulis, lisan, maupun bentuk lainnya).[207] Namun perlu diingat asas kebebasan berkontrak seperti halnya tertulis dalam Pasal 1338 (1) BW yang menyatakan bahwa :*"Semua perjanjian yang dibuat secara sah berlaku sebagai undang-undang bagi mereka yang membuatnya"* tetap harus berpadu dengan sistem yang lain serta dalam pelaksanaaanya para pihak harus mempunyai posisi tawar yang seimbang.[208]

Informed consent sebagai suatu bentuk kontrak yang antara dokter dan pasien dapat dibuat dalam bentuk lisan maupun tertulis seperti halnya kontrak lain pada umumnya. Baik secara lisan maupun tertulis khususnya, *informed consent* harus benar-benar memperhatikan asas transparansi baik dari pasien maupun dokter. Bentuk *informed consent* secara lisan atau tertulis saat ini menggunakan pedoman Permenkes Persetujuan Tindakan Kedokteran Pasal 3 (1) bahwa hanya tindakan kedokteran yang berisiko tinggi yang memerlukan persetujuan secara tertulis. Kelemahan dari batasan ini adalah `suatu tindakan kedokteran yang kadangkala

[206]Yohanes Sogar Simamora, Faizal Kurniawan, dan Rizky Amalia, "Karakteristik Kontrak Pemerintah Dan Problematika Penegakan Hukumnya", dalam Richo Andi Wibowo (ed), *Kontrak Pemerintah Konsep, Ragam, Perkembangan Regulasi, dan kajian Putusan,* Penerbit Kencara, Jakarta, 2021, h.39.
[207]Agus Yudha Hernoko-1, Op.cit., h.110.
[208]*Ibid*., h.111.

tidak dianggap sebagai suatu tindakan yang berisiko tinggi, tetapi pada pelaksanaannya menimbulkan risiko yang tidak diduga dan tidak jarang pula menjadi pemicu timbulnya sengketa medis. Meskipun apabila mengacu pada faktor heteronom, maka faktor kepatutan atau kebiasaan tetap dapat menjadi acuan selain faktor kehendak sebagai faktor otonom.

Keberhasilan suatu relasi dokter dan pasien tidak terlepas dari unsur peran serta atau kerja sama pasien dalam usaha untuk keberhasilan perawatan yang dilakukan oleh dokter. Maka terdapat beberapa teori yang dapat dijadikan pegangan dokter dalam melakukan pembelaan pada tuntutan malpraktik :[209]

1. Teori *assumption of risk* atau *volenti non fit injuria*, pasien dianggap tahu bahwa selalu ada risiko dari setiap tindakan kedokteran. Tetapi bukan berarti dengan melakukan *informed consent* dokter pasti selalu bebas dari tuntutan. Seperti dalam Pasal 6 Permenkes Persetujuan Tindakan Kedokteran bahwa adanya persetujuan tindakan kedokteran tidak menghapus tanggung gugat hukum dokter apabila terbukti adanya kelalaian atau kesalahan yang menyebabkan kerugian pada pasien. Teori ini berlaku misalnya pasien meminta pulang paksa dan kondisinya memburuk saat di rumah, tetapi dengan syarat dokter sudah memberikan informasi yang transparan dalam menjelaskan terapi dan kemungkinan apabila terapi tidak dilanjutkan.
2. Teori peran serta pasien *(contributory negligence)*, misalnya pasien yang disarankan kontrol paska operasi tetapi ternyata pasien tidak kontrol dan tidak mengambil hasil pemeriksaan patologi hasil operasi. Apabila ternyata hasil

[209]Nasir Astnawi, *Op.Cit.*, h.56.

tersebut ada keganasan dan memerlukan *follow up* tetapi pasien tidak mengikuti petunjuk dokter maka dari pihak pasien juga ada andil dalam terjadinya kerugian bagi dirinya. Tetapi dokter harus dapat membuktikan bahwa dokter telah memberikan petunjuk secara jelas pada pasien dan tentunya sudah menulisnya di dalam rekam medis.

3. Teori jangka waktu boleh menuntut *(statute of limitation)*, seharusnya tuntutan malpraktik apabila mengikuti unsur pasal 1365 BW : "Adanya hubungan kausalitas antara perbuatan dengan kerugian", maka tuntutan malpraktik hanya dapat dilakukan dalam jangka waktu tertentu. Misalnya seorang pasien yang menjalani operasi satu tahun sebelum menuntut dokter karena akibat operasi tersebut pasien tidak dapat bekerja lagi karena rasa nyeri yang tidak kunjung hilang. Seharusnya dokter dan rumah sakit membuat suatu pedoman berdasarkan ilmu kedokteran dan *evidence-based medicine*[210], berapa lama penyembuhan luka hingga tidak timbul rasa sakit sehingga dapat ditentukan apakah nyeri yang dialami pasien hingga dia tidak dapat melakukan pekerjaan lagi apakah merupakan penyebab langsung dari tindakan operasi yang dilakukan dokter. Saat ini belum ada regulasi yang mengharuskan dokter dan rumah sakit membuat batasan waktu tentang rentang waktu untuk dapat dilakukan tuntutan. Padahal sebenarnya dengan adanya aturan ini akan memudahkan memberikan batasan jangka waktu pasien dapat menuntut

[210]Harvey Marcovitch, *Op.Cit*., h.237 (*Evidence-based medicine is the process of systematically finding, appraising and using the best available research findings, integrated with clinical expertises, as the basis for clinical decision abput individual patients. Evidence-based medicine has been developing internationally more than 30 years, but since around 1990 its development has accelerated).*

misalnya jika melewati tenggang waktu 180 hari dari dilakukannya tindakan maka pasien tidak dapat melakukan tuntutan. Tetapi pembuatan pedoman ini harus mempertimbangkan sisi keadilan sehingga tidak akan merugikan pasien, dan adanya aturan ini harus diinformasikan pada pasien.

Hubungan dokter dan pasien masih menjadi perdebatan apakah Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen (Selanjutnya disebut UU Perlindungan Konsumen dapat dipakai juga sebagai acuan untuk penyelesaian sengketa medis, karena ada anggapan bahwa relasi antara dokter dan pasien adalah suatu relasi yang unik yang masih banyak mengandung unsur sosial yang tidak tepat dikategorikan sebagai hubungan antara pelaku usaha dan konsumennya seperti dalam bidang ekonomi yang lainnya. Tetapi anggapan relasi dokter dan pasien yang unik ini justru masih menjadi perdebatan di berbagai kalangan. Relasi dokter dan pasien berbeda dengan pelaku usaha dan konsumen yang pada umumnya mempunyai perbedaan tujuan, namun dokter dan pasien mempunyai tujuan yang sama yaitu kesembuhan pasien.

Mengacu pada definisi konsumen dan pelaku usaha, maka dapat dikatakan pasien tetap memenuhi definisi konsumen, sedangkan dokter memenuhi definisi pelaku usaha yang melakukan pelayanan dalam bentuk prestasi berupa pelayanan kesehatan yang dapat dimanfaatkan oleh pasien. Hal ini tampak dari Pasal 1 angka (2) yaitu konsumen adalah setiap orang pemakai barang dan/atau jasa yang tersedia dalam masyarakat, baik bagi kepentingn diri sendiri, keluarga, orang lain, maupun makhluk hhidup lain dan tidak untuk diperdagangkan. Definisi pelaku usaha pada Pasal 1 angka (3) UU Perlindungan Konsumen adalah setiap orang perseorangan

atau badan usaha baik yang berbentuk badan hukum maupun bukan badan hukum yang didirikan dan berkedudukan atau melakukan kegiatan dalam wilayah hukum negara RI, baik sendiri maupun bersama-sama melalui perjanjian menyelenggarakan kegiatan usaha dalam berbagai bidang ekonomi. Sedangkan definisi jasa menurut Pasal 1 angka (5) UU perlindungan konsumen adalah setiap layanan yang berbentuk pekerjaan atau prestasi yang disediakan bagi masyarakat untuk dimanfaatkan oleh konsumen. Apabila ditinjau dari ketentuan ini maka dokter baik bekerja di rumah sakit maupun sebagai dokter praktik pribadi dapat digolongkan sebagai pemberi jasa dalam bentuk pelayanan medis. Demikian juga dengan rumah sakit itu sendiri. Selain memberikan barang berupa obat dan alat kesehatan, rumah sakit juga memberikan jasa layanan kesehatan melalui tenaga kesehatannya.

Apabila ditinjau dari Pasal 4 angka (2) Undang-Undang Nomor 7 tahun 2014 tentang Perdagangan (selanjutnya disebut UU Perdagangan), bahwa jasa kesehatan dan sosial termasuk jasa yang dapat diperdagangkan. Namun pada bagian penjelasan tidak dijabarkan jasa kesehatan yang dimaksud meliputi apa saja. Definisi jasa pada Pasal 1 angka (6) UU Perdagangan adalah setiap layanan dan unjuk kerja berbentuk pekerjaan atau hasil kerja yang dicapai, yang diperdagangkan oleh satu pihak ke pihak lain dalam masyarakat untuk dimanfaatkan oleh konsumen atau pelaku usaha. Definisi jasa pada UU Perdagangan memiliki sedikit perbedaan dengan definisi jasa pada UU Perlindungan Konsumen, namun mempunyai makna yang sangat penting dalam bidang kesehatan. Apabila mengacu pada definisi jasa pada UU Perdagangan maka relasi dokter dan pasien dalam pelayanan medis tidak

dapat digolongkan sebagai jasa dalam bidang perdagangan karena adanya pernyataan "…yang diperdagangkan…", sedangkan jelas dalam relasi dokter dan pasien tujuan pelayanan kesehatan tidak untuk diperdagangkan.

Seperti tercantum dalam pasal 1234 BW, tiap-tiap perikatan adalah untuk memberikan sesuatu, untuk berbuat sesuatu, atau tidak berbuat sesuatu. Dalam hal relasi dokter-pasien prestasi tidak dalam hal memberikan sesuatu tetapi dalam hal berbuat sesuatu. Menurut Sidharta, hukum perlindungan konsumen selalu berhubungan dan berinteraksi dengan berbagai bidang dan cabang hukum lain, karena pada tiap bidang dan cabang hukum itu senantiasa terdapat pihak yang berpredikat sebagai konsumen.[211] Pandangan yang menganggap bahwa relasi dokter-pasien tidak dapat dihubungkan dengan UU Perlindungan Konsumen adalah berlandaskan bahwa dokter adalah suatu profesi. Profesi adalah suatu jenis pekerjaan yang karenan sifatnya menuntut pengetahuan yang tinggi, khusus, dan latihan istimewa (misalnya : dokter, advokat, hakim, apoteker, perawat, akuntan, dan sebagainya). Penjelasan UU Perlindungan Konsumen menyebutkan bahwa pelaku usaha selalu menerapkan prinsip ekonomi untuk mendapatkan keuntungan yang semaksimal mungkin dengan modal seminimal mungkin, dalam hal ini tidaklah sesuai jika dokter disamakan dengan pelaku usaha pada umumnya yang menerapkan prinsip ekonomi. Namun terdapat pernyataan yang menjadi kontradiksi di dalam Penjelasan UU Perlindungan Konsumen yang menyebabkan pelayanan kesehatan dapat dihubungan dengan hak pasien sebagai konsumen yaitu

[211]Firman Tumantara Endipradja, *Hukum Perlindungan Konsumen : Filosofi Perlindungan Konsumen dalam Perspektif Politik Hukum Negara Kesejahteraan*, Setara Press, Malang, 2016, h.23.

: “Undang-undang tentang Perlindungan Konsumen pada dasarnya bukan merupakan awal dan akhir dari hukum yang mengatur tentang perlindungan konsumen, sebab sampai pada terbentuknya Undang-undang tentang Perlindungan Konsumen ini telah ada beberapa undang-undang yang materinya melindungi kepentingan konsumen, seperti : (i) Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan”.

Hakikat profesi kedokteran adalah bisikan nurani dan panggilan jiwa untuk mengabdikan diri pada kemanusiaan berlandaskan moralitas yang kental, dengan memegang prinsip kejujuran, keadilan, empati, ikhlas, kepedulian terhadap sesama dalam rasa kemanusiaan, kasih sayang, dan ikut merasakan penderitaan orang lain.[212] Profesi yang luhur atau *officium nobile,* mempunyai motivasi utama bukan untuk mendapat nafkah dari pekerjaannya, tetapi mempunyai dua prinpsip penting :

1. Mendahulukan kepentingan orang yang dibantu.
2. Mengabdi pada tuntutan luhur profesi.

Perkembangan masyarakat modern yang mengarah pada komersialisme menyebabkan adanya pergeseran pemahaman, dari paham yang mengaitkan profesi dengan pengabdian menuju pada hubungan kontrak dengan hukum, dimana para pihak terikat pada hak dan kewajiban masing-masing baik atas dasar *contract basis,* dimana profesional dituntut untuk melakukan pestasi tertentu, maupun atas dasar *tort basis,* berdasarkan adanya kesalahan atau kerugian secara hukum yang mendasarkan diri pada eksistensi adanya kewajiban hukum. Profesi berbeda dengan

[212]Abintoro Prakoso, *Etika Profesi Hukum,* Laksbang Justitia, Surabaya, 2015, h.67.

bisnis, dimana cita-cita profesi adalah menuntut seorang untuk memberikan pelayanan sedangkan bisnis mempunyai tujuan untuk mendapat uang atau kembalinya modal. Imbalan jasa atau kompensasi yang diperoleh seorang profesional bukan menjadi tujuan utamanya, sehingga mereka tidak dapat membuat aturan sendiri yang menentukan perbandingan antara jumlah pelayanan dengan jumlah uang yang layak diterima.

Pola relasi dokter-pasien saat ini mengalami pergeseran, contohnya di USA, yang sejak 1960 semakin gencar terjadi pergerakan hak-hak pasien, yang pada akhirnya juga mengarah pada konsumerisme dalam bidang kesehatan. Pola penyebutan pasien sebagai konsumen seakan-akan menyamakan dengan konsep kontrak pada umumnya, dimana konsumen akan mempertimbangkan untung dan rugi serta akan memilih layanan profesional yang menawarkan keuntungan terbesar. Kondisi ini kontras dengan posisi pasien yang lebih dikaitkan dengan ketergantungan dan kebutuhan akan pelayanan *(dependency and the need for care).*[213] Suatu laporan yang dilaporkan di Inggris oleh *the Royal College of Physicians,* inti dari ilmu kedokteran tidak dapat dipungkiri adalah integritas, belas kasih, kemanusiaan, dan kesempurnaan *(integrity, compassion, altruism, and excellence).* Tetapi dengan adanya konsep managerial yang modern maka konsep ini seakan dikalahkan. Salah satunya adalah disebabkan karena *commercial moral*

[213]Mark A.Hall, 'The Legal and Historical Foundations of Patients as Medical Consumers', Georgetown Law Journal 96 Geo. L.J. (2007-2008) Vol.96:583:2008, h.583, https://heinonline.org/HOL/Page?collection=journals&handle=hein.journals/glj96&id=587&men_tab=srchresults diakses pada 23 Agustus 2022.

syndrome dalam dunia medis yang bersifat kompetitif, kontraktual, yang dapat menyebabkan timbulnya pemikiran untuk mengutamakan keuntungan.[214]

Pada jaman dahulu di India dokter dianggap seperti dewa, namun saat ini sering terjadi hubungan dokter dan pasien diliputi oleh motif mencari keuntungan, terutama apabila dikaitkan dengan kepentingan bisnis rumah sakit.[215] Disebutkan pada *Consumer Protection Act 1986*, bahwa relasi dokter-pasien merupakan hubungan kontraktual dan bukan merupakan *"master-servant relationship"*.[216] Hal ini mendapat pertentangan dari berbagai kalangan medis, yang beranggapan bahwa hubungan dokter dan pasien tidaklah sama dengan hubungan antara penjual dan pembeli. Apabila ada suatu sengketa medis maka dapat diselesaikan melalui forum yang telah ada misalnya *Medical Council of India (MCI)* atau *State medical Councils*. Namun sayangnya pertentangan ini tidak diterima.[217] Mengacu pada CPA 1986, *service* atau dapat dikatakan jasa, meliputi semua pelayanan yang diterima pasien dari sejak pasien datang sampai meninggalkan rumah sakit, termasuk pelayanan ambulans. Pasien memenuhi kriteria sebagai konsumen apabila pasien datang ke praktek dokter atau rumah sakit dan pasien membayar baik oleh dirinya sendiri maupu yang dibayarkan oleh asuransi.[218]

---

[214]Francais La Page Suivante, 'Is Medicine Still a Profession?', *CMAJ*, March 14, 2006, 174(6), https://www.cmaj.ca/content/cmaj/174/6/743.full.pdf diakses pada 23 Agustus 2022.

[215]Ashish Shukia, 'Changing Scenario of Doctor-Patient Relationship : a consumerist approach', *International Journal for Research in Applied Science & Engineering technology (IJRASET)*, Volume 2 Issue XII, December 2014, https://1library.net/document/zp0193oq-changing-scenario-doctor-patient-relationship-consumerist-approach.html diakses pada 23 Agustus 2022.

[216]Juthika Debbarma, Neha Gupta, dan NK Aggarwal, 'Consumer Protection Act – Blessing or Curse to medical Profession?', *Delhi Psychiatry Journal*, Vol.12 No.2, October 2009, https://www.coursehero.com/file/54676709/daat09i2p302pdf/ diakses pada 20 Agustus 2022.

[217]Amartya Saha dan Anurag Gupta, *Medical Profession and The Consumer Protection Act 1986: conlict and controversies*, Lambert Academic Publishing, 2012, h.11.

[218]*Ibid*., h.19

Dalam Pasal 4 UU Perlindungan Konsumen, dijabarkan tentang hak-hak konsumen, yaitu :

1. hak atas kenyamanan, keamanan, dan keselamatan dalam mengkonsumsi barang dan/atau jasa;
2. hak untuk memilih barang dan/atau jasa serta mendapatkan barang dan/atau jasa tersebut sesuai dengan nilai tukar dan kondisi serta jaminan yang dijanjikan;
3. hak atas informasi yang benar, jelas, dan jujur mengenai kondisi dan jaminan barang dan/atau jasa;
4. hak untuk didengar pendapat dan keluhannya atas barang dan/atau jasa yang digunakan;
5. hak untuk mendapatkan advokasi, perlindungan, dan upaya penyelesaian sengketa perlindungan konsumen secara patut;
6. hak untuk mendapat pembinaan dan pendidikan konsumen;
7. hak untuk diperlakukan atau dilayani secara benar dan jujur serta tidak diskriminatif;
8. hak untuk mendapatkan kompensasi, ganti rugi dan/atau penggantian, apabila barang dan/atau jasa yang diterima tidak sesuai dengan perjanjian atau tidak sebagaimana mestinya;
9. hak-hak yang diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan lainnya.

Tetapi pada angka (3) terdapat satu kalimat yang kurang sesuai dipakai dalam relasi dokter-pasien yaitu : "…mengenai kondisi dan jaminan barang dan/atau jasa". Perlu dipahami bahwa relasi dokter-pasien tidak mungkin mengikutsertakan unsur jaminan di dalamnya hal ini dikarenakan hubungan dokter pasien adalah suatu perikatan upaya *(inspanning verbintenis)* dan bukan perikatan hasil *(resultante verbintenis).* Sedangkan angka (8) yang menyebutkan hak untuk mendapatkan kompensasi, ganti rugi dan/atau penggantian, apabila barang dan/atau jasa yang diterima tidak sesuai dengan perjanjian atau tidak sebagaimana mestinya di satu sisi akan merugikan dokter sebagai pemberi layanan kesehatan, karena kondisi ini akan

sangat mungkin dimanfaatkan oleh pasien bahkan akan berisiko menimbulkan *criminalization in health care.*[219]

Dilihat dari sisi keadilan yang proporsional, dokter apabila digolongkan sebagai pelaku usaha juga mempunyai hak seperti tercantum dalam pasal 6 UU Perlindungan Konsumen :

a. hak untuk menerima pembayaran yang sesuai dengan kesepakatan mengenai kondisi dan nilai tukar barang dan/atau jasa yang diperdagangkan;
b. hak untuk mendapat perlindungan hukum dari tindakan konsumen yang beritikad tidak baik;
c. hak untuk melakukan pembelaan diri sepatutnya di dalam penyelesaian hukum sengketa konsumen;
d. hak untuk rehabilitasi nama baik apabila terbukti secara hukum bahwa kerugian konsumen tidak diakibatkan oleh barang dan/atau jasa yang diperdagangkan;
e. hak-hak yang diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan lainnya.

Pasien sebagai konsumen jasa tentunya juga mempunyai hak yang sama dengan konsumen dalam bidang yang lain. Berdasarkan kedelapan hak konsumen pada pasal 4 UU Perlindungan Konsumen tersebut, yang perlu dicermati adalah hak yang berkaitan dengan prinsip transparansi yaitu dalam hal pemberian informasi yang benar, jelas, dan jujur melalui proses pelaksanaan *informed consent.* Demikian juga dokter seperti halnya konsep yang dipakai di Inggris yaitu *"naturally, this does not mean physicians worked for free, only that the fees of physician are honorary and not demandable of right.".*[220] Apabila dicermati pada Pasal 7 huruf (b) UU Perlindungan Konsumen terdapat pernyataan bahwa pelaku usaha wajib

[219]Sidney Dekker, *Patient Safety A Human Factors Approach,* CRC Press, Boca Raton, 2011, h.197.
[220]Mark A. Hall, *Op.Cit.*,h.588

memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai kondisi dan jaminan barang dan/atau jasa serta memberi penjelasan penggunaan, perbaikan dan pemeliharaan. Sehingga dapat diartikan jika dokter dianggap sebagai pelaku usaha jasa maka informasi kepada pasien harus diberikan secara aktif tanpa harus. Selain itu yang perlu menjadi catatan adalah dokter berhak mendapat perlindungan hukum atas perilaku pasien yang beritikad tidak baik, termasuk mendapat rehabilitasi nama baik.

Relasi dokter dan pasien saat ini tidak dapat dihindari semakin bergeser ke arah konsumerisme karena hampir tidak ada pelayanan rumah sakit yang murni sosial meski berbeda dengan hubungan bisnis pada umumnya karena dokter sebagai profesional tetap harus menjunjung tinggi empati dan belas kasih dalam melayani pasien. Meskipun transaksi terapeutik masih menjadi perdebatan kaitannya dengan undang-undang perlindungan konsumen, perlu ada pembatasan yang jelas melalui peraturan perundang-undang yang berlaku misalnya melaui undang-undang kesehatan sehingga ada batasan yang pasti apakah relasi dokter dan pasien dalam pelayanan kesehatan dapat digolongkan sebagai konsumen dan pelaku usaha. Salah satunya dengan melakukan perubahan pada bagian penjelasan UU Perlindungan Konsumen yang memasukkan UU Kesehatan sebagai salah satu undang-undang yang materinya melindungi kepentingan konsumen, demikian juga pada undang-undang kesehatan seharusnya mencantumkan pernyataan bahwa relasi dokter dan pasien tidak dapat dapat digolongkan sebagai konsumen dan pelaku usaha. Selama tidak ada ketentuan yang mengatur dengan jelas, maka transaksi terapeutik tetap dapat dikaitkan dengan UU Perlindungan Konsumen.

2.2 Karakteristik Prinsip Transparansi Dalam Pelayanan Kesehatan

2.2.1 Karakteristik prinsip transparansi

a. Makna dan ruang lingkup prinsip transparansi

Menurut Peter Mahmud Marzuki, terdapat dua macam asas hukum yaitu asas hukum yang bersifat fundamental yang terkait dengan aspek individual manusia, dan asas hukum dalam kerangka sifat relasional manusia yang berkaitan dengan manusia sebagai makhluk sosial dan berbudaya. Asas hukum fundamental berhubungan erat dengan otonomi dan martabat manusia, sehingga asas ini diciptakan untuk mempertahankan kedua hal tersebut. Termasuk di dalamnya adalah manusia harus diperlakukan sama di depan hukum.[221]

Menurut Iustinianus seperti dikutip oleh Peter Mahmud Marzuki, dalam hubungan keperdataan terdapat tiga asas utama yaitu hidup jujur *(honeste vivere)*, jangan merugikan orang lain *(alterum non laedere)*, dan berikan kepada setiap orang apa yang menjadi haknya *(suum cuique tribuere)*.[222] Ketiga asas ini dapat dikatakan merupakan asas yang melandasi transparansi dan keadilan dalam hubungan dokter pasien di bidang pelayanan medis. Asas hukum ini erat kaitannya dalam pengambilan keputusan di pengadilan, meskipun asas hukum tidak selalu tertuang secara eksplisit di dalam aturan perundang-undangan. Namun pembentukan suatu undang-undang harus mengacu pada asas hukum terutama asas yang bersifat fundamental.[223]

[221] *Ibid*., h.48.
[222] *Ibid*., h.69.
[223] *Ibid*., h.84.

Pembahasan terkait transparansi saat ini makin luas, terutama dalam hal kebijakan publik dan bisnis. Namun masih banyak kendala dalam memberikan batasan tentang transparansi terutama dalam hal interpretasi tentang tranparansi, keuntungan dilakukannya transparansi, motivasi, kesulitan untuk mengukur transparansi, serta hal-hal apa yang dapat dikaitkan dengan transparansi. Transparansi seperti halnya konsep keadilan *(fairness)* seringkali mempunyai makna yang berbeda bagi kelompok orang berbeda, di tempat yang berbeda, dan dalam situasi yang berbeda. Ada beberapa hal pokok dalam transparansi yang menjadi perhatian yaitu :[224]

1. Bagaimana cara mengukur transparansi.
2. Harus disadari bahwa transparansi seringkali bukan merupakan tujuan akhir tetapi merupakan cara mencapai tujuan.
3. Kemungkinan penyalahgunaan transparansi terutama terkait keterbukaan informasi.
4. Transparansi dapat juga berakibat mengurangi efisiensi, kepercayaan, dan keadilan, meskipun sebenarnya transparansi sangat berguna dalam hal monitoring dan menentukan standar keamanan[225]

Tujuan dilakukan transparansi adalah kepercayaan *(trust). Trust* diartikan sebagai : *"A psychological state comprising the intention to accept vulnerability based upon positive expectations of the intentions or behavior of another"*[226] atau

[224]Adrian Weller, 'Challenges for Transparency', *University of Cambridge*, 2018, h.54, https://www.researchgate.net/publication/318981705 diakses pada 16 Juli 2021.

[225]*Ibid*., h.55

[226]Heike Felzmann et al., 'Towards Transparency by Design for Artifcial Intelligence', *Science and Engineering Ethics*, 2020, 26:3333–3361, h.3338, https://doi.org/10.1007/s11948-020-00276-4 h.3338 pada 18 Agustus 2022.

dengan kata lain transparansi akan menghasilkan kepercayaan dari seseorang dalam posisi yang lebih lemah terhadap sikap positif yang dilakukan oleh pihak lain. Kepercayaan melibatkan dua pihak yaitu *trustor's* dalam hal ini pasien dan *trustee* dalam hal ini adalah pemberi layanan kesehatan baik itu dokter maupun rumah sakit sebagai pihak yang mempunyai kemampuan lebih, itikad baik, dan integritas. Pihak yang bersedia memberikan informasi secara tranparan tentang dirinya sendiri menunjukkan integritas dari pihak tersebut.[227] Pada akhirnya transparansi akan meningkatkan kerja sama yang lebih baik karena adanya kepercayaan tersebut.

Transparansi dalam bidang kesehatan atau disebut sebagai *global health transparency* mempunyai enam fondasi atau dasar yaitu :[228]

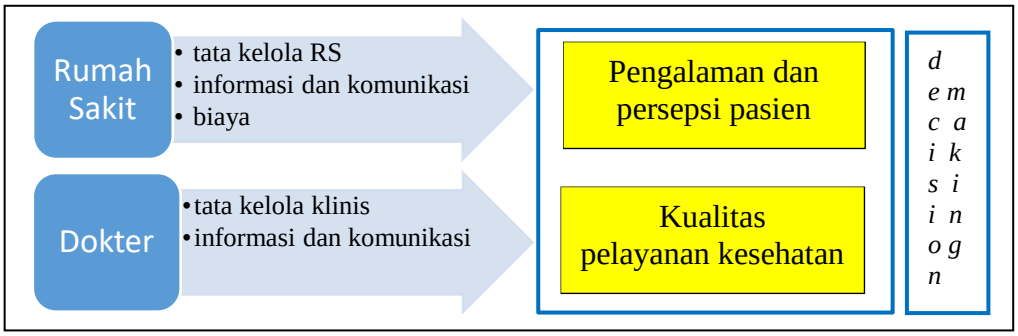
1. *Quality of healthcare: transparency of providerlevel performance measures, especially the quality of outcomes and processes.*
2. *Patient experience: patient perceptions of their healthcare experience and outcomes.*
3. *Finance: price and payments transparency, and the public nature of accounts for healthcare organizations*
4. *Governance: open decision making, rights and responsibilities, resource allocation, assurance processes and accountability mechanisms*
5. *Personal healthcare data: access, ownership, and safeguarding of patients' individual health data.*
6. *Communication of healthcare data: the extent to which all the above is presented in an accessible, reliable and useful way to all relevant stakeholders.*

Nampak di sini bahwa keenam pilar transparansi dalam bidang kesehatan meliputi unsur kualitas pelayanan kesehatan, tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis, informasi dan komunikasi, serta persepsi pasien terhadap pelayanan

[227] *Ibid.*

[228] Mark Britnell et al., 'Through the looking glass: A practical path to improving healthcare through transparency', *KPMG International*, 2017, h.6, https://assets.kpmg/cont'ent/dam/kpmg/tt/pdf/Through-the-looking-glass.pdf diakses pada 4 Februari 2021.

kesehatan yang diterimanya. Ditinjau dari sisi pemberi layanan kesehatan, transparansi wajib dilakukan tidak hanya oleh dokter tetapi juga oleh rumah sakit. Tanggung jawab dalam hal transparansi tersebut dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 1. Tanggung jawab pemberi layanan kesehatan dalam hal transparansi

Penjabaran tentang tanggung jawab tersebut akan dipaparkan pada bagian lain dari penelitian ini.

Pada penyelenggaraan pelayanan kesehatan, transparansi ditekankan pada informasi dan komunikasi yang diberikan harus dapat diterima dan dipahami oleh pihak lain. Informasi yang tidak jelas justru akan menimbulkan keraguan dan ketidakpastian. Informasi ini tidak hanya terbatas pada hal-hal yang berhubungan dengan kondisi serta penyakit pasien tetapi juga harus meliputi hingga masalah pembiayaan dalam pelayanan kesehatan. Menurut *Hirschman's theory of voice and exit*[229], transparansi yag dilakukan oleh suatu organiasasi akan membantu konsumen mengambil keputusan meskipun tentunya ada dua hal yang mungkin terjadi yaitu konsumen memilih tidak menggunakan lagi fasilitas yang ditawarkan oleh organisasi tersebut *(exit)*, atau mereka tetap menggunakan fasilitas tersebut

[229]*Ibid*., h. 3340.

namun mendorong adanya perubahan *(voice)*. Sehingga dapat diartikan bahwa suatu organisasi yang menerapkan transparansi justru akan menciptakan loyalitas konsumen.

Transparansi berkaitan erat dengan akuntabilitas, artinya untuk mewujudkan akuntabilitas diperlukan transparansi salah satunya adalah dengan melakukan audit sebagai perwujudan transparansi.[230] Akuntabilitas atau *accountability* adalah : *"A relationship between an actor and a forum, in which the actor has an obligation to explain and to justify his or her conduct, the forum can pose questions and pass judgment, and the actor may face the consequences".*[231] Jadi transparansi harus dilakukan oleh pihak yang mempunyai kewajiban untuk melakukan hal itu sehingga pihak lain dapat mengambil keputusan namun pihak yang mempunyai kewajiban untuk memberikan informasi secara transparan tersebut juga harus bertanggung jawab. Akuntabilitas dokter sesuai apabila dikaitkan dengan *fiduciary duty* yang dimiliki dokter.

Dominansi posisi dokter dan posisi lemah pasien *(vulnerable)* tidak akan mungkin dihindari. Oleh karena itu diperlukan adanya *fiduciary relationship* dalam relasi dokter-pasien. Kata *fides* berasal dari bahasa Latin yaitu *trust, fidelity, or confidence* atau dapat dijabarkan sebagai *a person who occupies a position of trust, fidelity, or confidence in relation to someone else.* Posisi pemberi jasa dan penerima jasa seperti halnya penjual dan pembeli sesuai doktrin *caveat emptor*

[230]Anoeska Buijze, *The Principle Of Transparency In Eu Law Het transparantiebeginsel in het recht van de Europese Unie (met een samenvatting in het Nederlands)*, Uitgeverij BOXPress, 's-Hertogenbosch, 2013, h. 32.
[231]Heike Felzmann, *Ibid*., h.3338.

dimana pembeli harus waspada, jika pembeli tidak berhati-hati dalam pembeliannya makai ia harus bertanggung jawab sendiri dan menanunggung sendiri tidak dapat diterapkan pada relasi dokter-pasien. Oleh karena itu dokter harus tidak mempunyai *conflict of intereset* dalam memberikan layanan kesehatan pada pasien di dalam bidang ekonomi. Dokter harus menempatkan kepentingan pasien di atas kepentingannya seperti halnya disampaikan oleh hakim Cordozo :[232]

> *Many forms of conduct permissible in a workaday world for those acting at arm's length, are forbidden to those bound by fiduciary ties. A ... [fiduciary] is held to something stricter than the morals of the market place. Not honesty alone, but the punctilio of an honor the most sensitive, is then the standard of behavior*

Gregory Klass[233] membedakan *contractual obligation* dan *fiduciary obligation* sebagai berikut : *contractual obligation* bersifat mengikat karena alasan konten independen *(content-independent reason).* Para pihak terikat bukan karena apa tetapi karena mereka menghasilkannya melalui sebuah kesepakatan yang sesuai dengan cara yang benar. Sebaliknya *fiduciary obligation* bergantung pada konten *(content-dependent reason)* serta mempunyai ciri khas adanya kewajiban utama adanya loyalitas pada pihak lain yang telah menaruh kepercayaan. Dalam *fiduciary obligation* tidak selalu terdapat hubungan hukum misalnya antara pendoa dengan jemaatnya. Berdasarkan penjelasan tentang *fiduciary obligation* yang dimiliki dokter maka dokter tentunya mempunya kewajiban untuk berlaku akuntabel

[232]Frances H. Miller, 'The New Health Care for Profit: Doctors and Hospitals in a Competitive Environment', *Washington (DC): National Academies Press (US)*, 1983, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK216764/ diakses pada 27 Agustus 2022.

[233]Paul B. Miller, Andrew S. Gold, *Contract, Status, and Fiduciary Law*, Oxford University Press, UK, 2016, h.11.

terhadap pasien dengan cara bertanggung jawab secara penuh terhadap perawatan yang dilakukan kepada pasien.

Istilah *obligation* dan *duty* seringkali sulit dibedakan dalam penggunaannya dan dianggap sama. Namun secara prinsip ternyata terdapat perbedaan paradigma di antara keduanya. Menurut R.B Brandt,[234] *obligation* dipakai dalam hubungan perjanjian, sedangkan *duty* dipakai dalam hubungan peran organisasi murni dan tidak berlaku sebaliknya.Apabila kita menggunakan istilah *prima facie* maka lebih tepat memakai *obligation*. *Obligation* lebih terkait dengan hati nurani dan standar moral pribadi. *Duty* lebih sering dipakai apabila ada suatu sanksi institusional misalnya untuk menjelaskan tugas *(duty)* seseorang dalam pekerjaannya. Contoh perbedaan dalam penggunaannya misalnya : *" I have some obligation to go to the lecture", "Her duty as a secretary are…".* Sehingga dalam konteks ini lebih tepat digunakan istilah *fiduciary obligation.*

Transparansi sebagai hak pasien harus dapat diwujudkan baik saat pasien di rumah sakit maupun setelah pasien tidak berada di rumah sakit. Pada saat di rumah sakit pasien harus dapat mengkases semua hasil pemeriksaaannya dan ada ruang untuk mendiskusikannya dengan dokter. Pada saat pasien sedang tidak berada di rumah sakit pun mereka harus dapat mengakses informasi kesehatannya dan melakukan *review* kembali dengan tetap memperhatikan unsur kerahasiaan sebagai hal penting juga dalam relasi dokter-pasien. Rumah sakit juga harus mempublikasikan hasil kerjanya dan menjadikan hal tersebut sebagai motivasi bagi

[234]R.B Brandt, 'The Concepts of Obligation and Duty', Mind New Series, Vol. 73, No. 291 (Jul., 1964), pp. 374-393, https://www.jstor.org/stable/2251943 diakses pada 27 Agustus 2022.

rumah sakit dan staf rumah sakit untuk melakukan perbaikan. Inilah yang disebut akuntabilitas, dokter tidak hanya bertanggung jawab terhadap pelayanan yang sudah dilakukannya namun juga harus dapat memperbaiki karena berpegang pada konsep *"we can do even better."*[235]

Kewajiban transparansi bukanlah suatu pilihan atau sesuatu yang sifatnya sukarela, tetapi merupakan hal yang wajib dilakukan. Hal ini disebabkan karena transparansi berkaitan dengan hak asasi manusia khususnya hak kebebasan atas informasi. Pada dasarnya ketersediaan informasi akan membuat masyarakat memperoleh haknya tidak hanya dalam bidang kesehatan, tetapi dalam hal lain misalnya makanan, sumber air bersih, pendidikan, dan lain-lain. Tidak hanya itu ketersediaan informasi mewujudkan hak individu yang mempunyai otonomi untuk menetukan pilihan dan mencapai tujuannya.[236] Hal ini penting karena otonomi merupakan aspek terpenting dari martabat manusia sehingga kewajiban untuk melakukan transparansi itu tentunya berhubungan dengan etika dan moral meskipun secara hukum di Indonesia masih belum ada pengaturan yang jelas terutama dalam hal transparansi di bidang kesehatan. Transparansi juga akan mewujudkan perlakuan yang adil bagi tiap individu.

b. Fungsi prinsip transparansi

Transparansi berguna untuk membangun kepercayaan. Tidak adanya transparansi menimbulkan ketidakpercayaan dan juga rasa tidak aman. Seperti pernyataan Dalai Lama yang dikutip dikutip oleh Adrian Weller *"A lack of*

[235]Toby Cosgrove, 'Transparency: A Patient's Right to Know', 2013, https://nam.edu/wp-content/uploads/2015/06/RighttoKnow.pdf diakses pada 27 Agustus 2022.
[236]Anoeska Buijze, *Ibid*., h. 50

transparency results in distrust and a deep sense of insecurity" serta pernyataan Simon Sinek *"Trust is built on telling the truth, not telling people what they want to hear)"*.[237] Transparansi seringkali berkaitan dengan informasi dan ilmu pengetahuan, legitimasi, akuntabilitas, demokrasi, dan pemerintahan yang baik. Lembaga ekonomi di Asia yakni *United Nation Economic Commission for Asian and The Pacific* menititikberatkan transparansi pada aspek informasi.[238]

Terdapat beberapa alasan mengapa transparansi yang terkait dengan kepercayaan *(trust)* seringkali mengalami kendala dalam pelaksanannya diantaranya meskipun dalam suatu masyarakat dengan derajat pendididkan tinggi dan teknologi yang tinggi, masih terdapat keterbatasan bagi masyarakat untuk memperoleh informasi sebanyak-banyaknya untuk memenuhi kebutuhannya dalam pengambilan suatu keputusan. Sebagai contoh dalam hubungan dokter dan pasien, meskipun diarahkan pada keterbukaan informasi, tetapi masih ada keterbatasan dari pasien untuk dapat mengakses rekam medisnya. Masih banyak kekhawatiran bahwa informasi yang tanpa batas akan menimbulkan *information overload*. Kondisi ini dikhawatirkan juga akan menyebabkan problem keamanan.[239] Transparasi erat kaitannya dengan hak dasar manusia, yaitu hak untuk mendapatkan informasi, hak untuk ikut serta dalam mengambil keputusan yang terkait dengan kehidupannya, serta hak untuk mendapatkan keadilan.[240]

---

[237]*Ibid.*, h.58

[238]Andrea Bianchi dan Anne Peters, *Transparency in International Law*, Cambridge University Press, 2013, h.8.

[239]Padideh Ala'I dan Robert G.Vaughn, *Research Handbook of Transparency*, Edward Elgar Publishing Inc.,2010, h.33.

[240]*Ibid.*, h.343.

Transparansi dalam bidang pemerintahan dan bisnis mulai diikuti oleh bidang kesehatan. Pada tahun 1961, suatu survey yang dipublikasikan dalam *Journal of the American Medical Association* mendapatkan hasil hanya 12% dokter yang akan memberitahukan bahwa pasiennya menderita kanker. Pada studi selanjutnya di tahun 1979, didapatkan hasil terdapat 98% yang memberitahukan secara terus terang kepada pasiennya bahwa mereka menderita kanker. Beberapa tahun sebelumnya yakni pada tahun 1967, dilakukan gerakan di Inggris dan diikuti USA yaitu lima tahap pasien dalam menerima suatu diagnosis terminal.[241]

Transparansi mulai dikaitkan dengan perlindungan atau hak konsumen sejak pemerintahan presiden Kennedy. Pada masa itu presiden mengeluarkan pesan kepada kongres tentang empat hak vital konsumen, yaitu :[242]

1. *The right to safety (protection against hazardous products)*
2. *The right to be informed (protection against fraud, deceit, and misleadingadvertising and packaging)*
3. *The right to choose (freedom of choice among a variety competing products and services)*
4. *The right to be heard (a voice in the formation of government policy)*

Perkembangan transparansi dalam bidang kesehatan di Australia mempunyai kemiripan dengan USA. Bahwa keduanya berprinsip untuk memberikan perlindungan pada masyarakat dengan memastikan hanya dokter yang terdaftar dan mempunyai kualifikasi tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan. Dokter harus menampilkan informasi mengenai dirinya pada website pribadinya. Termasuk status ijin praktik dan riwayat pendidikan. Terdapat satu contoh kasus kelalaian medik di Australia pada tahun 1992 *(Rogers v Whitaker)*,

[241]Michael Schusdson, *The Rise of the Right to Know,* The Belknap Press of Harvard University Press, London, 2015, h.11.
[242]*Ibid.,* h.65.

yang oleh pengadilan tinggi Australia diputuskan bahwa kasus ini menyangkut informasi atau advis tentang risiko material yang dipakai pada sebuah operasi.[243]

Transparansi dalam bidang kesehatan apabila diatur secara tegas dalam suatu regulasi, misalnya dengan cara sertifikasi secara berkala maupun dengan review kompetensi akan meningkatkan kepercayaan masyarakat. Salah satu contohnya adalah transparansi berupa publikasi *professional records*. Namun dari sisi dokter, transparansi seperti ini dapat menimbulkan kekhawatiran tersendiri, sehingga mereka mungkin akan melakukan *defensive practice*. Hal ini akan membuat dokter mungkin merasa lebih aman dalam melakukan praktik, tetapi di sisi lain akan mengurangi efektivitas dan efisiensi dalam layanan kesehatan, juga dikhawatirkan akan mengikis relasi dokter dan pasien.[244]

Transparansi adalah sesuatu yang wajib dilakukan terutama oleh penyelenggara kesehatan dalam hal ini dokter, dan merupakan suatu cara yang efektif untuk meningkatkan sistem layanan kesehatan ke arah yang lebih baik. Transparansi akan meningkatkan kualitas dan keamanan penanaganan pasien *(patient safety)*. Terdapat empat alasan utama kenapa transparansi sangat diperlukan bahkan harus menjadi budaya dalam hubungan pasien dan dokter terutama dalam hal *informed consent*, yakni:[245]

1. *To promote accountability*
2. *To catalyze improvements in quality and safety*
3. *To promote trust and ethical behavior*

---

[243]Don Malcolmson, 'The Patient's Right to Know', *Journal of Medical Regulation*,vol.101, No.3, 2015, h.33, https://meridian.allenpress.com/jmr/article/101/3/32/80831/The-Patient-s-Right-to-Know diakses pada 2 januari 2021.

[244]*Ibid.*, h.36

[245]The National Patient Safety Foundation's Lucian Leape Institute, "Shinning Light : safer health care through transparency", 2015, h.2, https://psnet.ahrq.gov/issue/shining-light-safer-health-care-through-transparency diakses pada 20 Desember 2020.

4. To facilitate patient choice

Kurangnya transparansi terutama dalam hal keterbukaan informasi kepada pasien baik dari dokter maupun rumah sakit akan berisiko membahayakan pasien.[246] Transparansi antara dokter dan pasien tidak hanya dalam hal pemberian informasi awal mengenai diagnosa, penyakitnya, tindakan atau terapi, serta risiko terapinya. Transparansi juga harus dilakukan saat terjadi suatu kesalahan atau kejadian yang tidak diharapkan dari suatu tindakan *(adverse events)*. Tentunya pasien tidak pernah berharap bahwa dokter akan berbohong terhadap mereka dalam segala aspek yang berhubungan dengan perawatannya. Akan tetapi, perlu diingat bahwa keterbukaan ini tetap harus memperhatikan unsur *beneficence*.[247]

Transparansi di negara kita lebih banyak dipakai dalam bidang administrasi pemerintahan. Pada Pasal 10 Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan (selanjutnya disebut UU Administrasi Pemerintahan), disebutkan salah satu asas umum pemerintahan yang baik adalah keterbukaan. Pada bagian penjelasan UU Administrasi Pemerintahan Pasal 10 huruf (f) dijabarkan pengertian asas keterbukaan adalah asas yang melayani masyarakat untuk mendapatkan akses dan memperoleh informasi yang benar, jujur, dan tidak diskriminatif dalam penyelenggaraan pemerintahan dengan tetap memperhatikan perlindungan atas hak asasi pribadi, golongan, dan rahasia negara.

Asas transparansi juga merupakan asas dalam *Good Public Governance (GPG)*, yaitu sistem yang terkait dengan pengelolaan kewenangan oleh para

[246]*Ibid.*, h.3.

[247]TA Faunce dan SN Bolsin, 'Fiduciary Disclosure of Medical Mistakes : The Duty to Promptly notify Patients of Advverse Health Care Events', *Journal of Law and Medicine*(2005)12 JLM 478, h.55, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15957590/ diakses pada 19 Desember 2020.

penyelenggara negara dalam menjalankan tugasnya secara bertanggung jawab dan akuntabel. GPG mengatur hubungan antara penyelenggara negara dan masyarakat, antara penyelengara negara dan lembaga negara, serta antar lembaga negara.

Seperti tercantum dalam Pedoman Umum *Good Public Governance* Indonesia yang dikeluarkan oleh Komite Nasional Kebijakan Governance pada tahun 2008, transparansi disebutkan mengandung unsur pengungkapan *(disclosure),* dan penyediaan informasi yang memadai dan mudah diakses oleh pemangku kepentingan. Transparansi diperlukan sebagai pengawasan serta dalam rangka penyusunan dan penggunaan anggaran. Namun asas transparansi juga tetap harus menjaga rahasia yang menyangkut kepentingan negara sesuai peraturan yang berlaku, terutama dalam hal keselamatan negara, hak-hak pribadi, dan rahasia jabatan. Transparansi erat kaitannya dengan akuntabilitas, karena akuntabilitas mengandung unsur kejelasan fungsi dan cara mempertanggungjawabkannya. Oleh karenanya, tiap embaga negara harus melaksanakan tugasnya secara jujur dan terukur sehingga menghindari penyalahgunaan wewenang.[248] Tidak jauh berbeda di dalam bidang perekonomian prinsip transparansi juga disebutkan sebagai asas yang utama dalam *Good Corporate Governance (GCG)* di samping asas akuntabilitas, responsibilitas, independensi, kewajaran, dan kesetaraan.[249]

Di Indonesia keterbukaan mengenai informasi telah diatur dalam Undang-Undang Nomor 14 tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik (selanjutnya

[248]Komite Nasional Kebijakan Governance, *Pedoman Umum Good Public Governance Indonesia,* 2008, h.7.

[249]Komite Nasional Kebijakan Governance, *Pedoman Umum Good Corporate Governance Indonesia,* 2006, h.5.

disebut UU Keterbukaan Informasi Publik), yang pelaksanaannya diatur dengan Peraturan Pemerintah Nomor 61 tahun 2010. Pada Pasal 1 angka (1) UU Keterbukaan Informasi Publik disebutkan "informasi adalah keterangan, pernyataan, gagasan, dan tanda-tanda yang mengandung nilai, makna, dan pesan, baik data, fakta maupun penjelasannya yang dapat dilihat, didengar, dan dibaca yang disajikan dalam berbagai kemasan dan format sesuai dengan perkembangan teknologi informasi dan komunikasi secara elektronik ataupun non elektronik". Pada pasal 2 disebutkan "Informasi Publik adalah informasi yang dihasilkan, disimpan, dikelola, dikirim, dan/atau diterima oleh suatu badan publik yang berkaitan dengan penyelenggara dan penyelenggaraan negara dan/atau penyelenggara dan penyelenggaraan badan publik lainnya yang sesuai dengan Undang-Undang ini serta informasi lain yang berkaitan dengan kepentingan publik". Terkait dengan hal ini maka perlu diperjelas apakah semua golongan rumah sakit baik swasta maupun pemerintah dapat digolongkan sebagai badan publik karena menyelenggarakan pelayanan kesehatan untuk kepentingan rakyat. Pada pasal 17 huruf (h) yang membahas tentang informasi yang dikecualikan disebutkan bahwa "Informasi Publik yang apabila dibuka dan diberikan kepada Pemohon Informasi Publik dapat mengungkap rahasia pribadi, yaitu: 1. riwayat dan kondisi anggota keluarga; 2. riwayat, kondisi dan perawatan, pengobatan kesehatan fisik, dan psikis seseorang". Jadi jelas disebutkan bahwa informasi terkait kondisi kesehatan seseorang termasuk yang dikecualikan keterbukaannya.

Khusus di bidang kesehatan transparansi tertuang di dalam beberapa peraturan perundang-undangan yaitu dalam Pasal 56 UU Kesehatan mengenai

perlindungan pasien pada butir yang pertama disebutkan *"Setiap orang berhak menerima atau menolak sebagian atau seluruh tindakan pertolongan yang akan diberikan kepadanya setelah menerima dan memahami informasi mengenai tindakan tersebut secara lengkap".* Dalam Pasal 45 angka (1), (2), dan (3) UU Praktek Kedokteran mengenai Persetujuan Tindakan Kedokteran dan Kedokteran Gigi disebutkan :

1. Setiap tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan oleh dokter atau dokter gigi terhadap pasien harus mendapat persetujuan.
2. Persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan setelah pasien mendapat penjelasan secara lengkap.
3. Penjelasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sekurang-kurangnya mencakup :
   a. Diagnosis dan tata cara tindakan medis.
   b. Tujuan tindakan medis yang dilakukan.
   c. Alternatif tindakan lain dan risikonya.
   d. Risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi.
   e. Prognosis terhadap tindakan yang dilakukan.

Dalam Pasal 9 Permenkes Persetujuan Tindakan Kedokteran disebutkan "penjelasan sebagaimana dimaksud dalam pasal 8 harus diberikan secara lengkap dengan bahasa yang mudah dimengerti atau cara lain yang bertujuan untuk mempermudah pemahaman". Dalam hal ini yang dimaksud dengan "penjelasan diberikan secara lengkap" serta ada lima poin penjabaran hal apa saja yang harus disampaikan dalam informasi dari dokter ke pasien adalah identik dengan transparansi. Penjabaran ini sebenarnya jelas menampakkan mengenai transparansi atau keterbukaan dalam informasi antara dokter dan pasien harus ditegakkan bahkan telah dibuat peraturan tertulisnya. Meskipun tidak jelas dituliskan sanksi apa yang akan diberikan apabila prinsip keterbukaan ini tidak dilaksanakan. Demikian juga terkait pernyatan risiko tertentu. Sayangnya dalam peraturan

perundang-undangan yang ada tidak menyebutkan batasan akan beratnya risiko suatu tindakan kedokteran. Pada Pasal 1 Permenkes Persetujuan Tindakan Kedokteran hanya disebutkan "tindakan kedokteran yang mengandung risiko tinggi adalah tindakan medis yang berdasarkan tingkat probabilitas tertentu, dapat mengakibatkan kematian dan kecacatan". Pernyataan "probabilitas tertentu" tentunya tidak dapat dipakai sebagai ukuran secara objektif. Salah satu penentu ukuran probabilitas bisa saja adalah kemampuan seorang dokter maupun kondisi pasien itu sendiri. Suatu tindakan medis yang sama yang dilakukan oleh dokter yang berbeda pada pasien dengan kondisi yang berbeda, tentunya akan mempunyai probabilitas yang perbeda terhadap angka kematian ataupun kecacatan. Dokter mempunyai kewajiban untuk memberitahukan risiko sekecil apapun kepada pasien, bukan berdasarkan beratnya risiko saja namun juga berdasarkan presentasi kemungkinan terjadinya risiko tersebut, karena mungkin bagi pasien hal tersebut adalah salah satu hal penting yang mempengaruhi pengambilan keputusannya.[250]

Keberhasilan suatu pengobatan tentunya memerlukan peran serta pasien yang tidak dapat dipisahkan dari trasnparansi yang akan mendorong adanya kepercayaan pasien, demikian juga sebaliknya adanya kepercayaan akan mendorong terciptanya transparansi. Sebenarnya sebelum banyak dipublikasikannya tentang transparansi dalam hubungan dokter pasien, pada tahun 1989 Howard Brody telah memperkenalkan suatu bentuk khusus dari *informed consent* yaitu *"transparency model of informed consent"*.[251] Brody berpendapt

[250]Claudia Carr, *Course Notes Medical Law and Ethics*, Routledeg, New York, 2013, h.33.

[251]Craig J. Konnoth, 'Transparency versus Informed Consent The Patient/Consumer Paradigms', *University of Colorado Law Legal Studies Research Paper* No. 20-26, h.1, https://deliverypdf.ssrn.com/delivery.php?ID=825123001111124065095065029017117002121019

bahwa transparansi merupakan bagian dari pemberian informasi yang mempunyai tiga unsur yaitu :

a. Dokter membagikan kepada pasien apa yang ada di dalam pikirannya terkait pasien.
b. Dokter harus manjawab pertanyaan pasien dan mendorong pasien untuk bertanya.
c. Dokter harus mengetahui keterlibatan seperti apa yang diinginkan pasien serta dapat memfasilitasi tingkat keterlibatan pasien tersebut.

Era tahun 1980 mulai banyak perbincangan terkait transparansi tidak hanya dalam hal *informed consent*, tetapi juga dalam hal keterbukaan kinerja dokter dan rumah sakit *(doctor and hospital report cards)* serta seiring dengan perubahan paradigma konsumerisme pasien maka transparansi dalam pembiayaan juga diinginkan pasien karena pasien ingin menentukan pilihan berdasarkan konsep *"shop on the market for best services at the lowest price"*. Pada saat itu sempat timbul kekhawatiran bahwa dokter akan kehilangan *sense of fiduciary and broader societal obligation* dan hubungan dokter pasien layaknya sebuah hubungan antara penjual dan pembeli.[252]

Transparansi dalam *informed consent* harus menghindari unsur manipulasi meskipun tidak dapat dihindari pada prosesnya dapat dikatakan bahwa terdapat manipulasi dalam batas tertentu dalam membentuk persepsi dan opini pasien. Pada proses awalnya *informed consent* dilakukan interogasi pada pasien secara pasif

---

058093035031103092106005118002000023122091019024039057118017026011001082121099111089037075086051088094076024119125029089040050095106010123083102121007127118112083024023093004095115111099073019068006087086003&EXT=pdf&INDEX=TRUE diakses pada 27 Agustus 2022.

[252] *Ibid*., h.3

kemudian dokter akan memberikan informasi yang menurut dokter terbaik selanjutnya terdapat keterlibatan pasien sehingga dokter dapat juga dikatakan sebagai translator dan mediator.[253]

Otonomi pasien merupakan hal yang diperhatikan dalam proses *informed consent* namun harus diterapkan secara proporsional. Terdapat dua jenis otonomi yaitu otonomi deskriptif otonomi normatif. Otonomi deskriptif melihat otonomi pada kriteria yang dapat dipenuhi dalam tingkat yang berbeda. Misalnya seseorang yang mempunyai tingkat ekonomi maupun kedudukan sosial yang lebih tinggi akan memiliki otonomi yang lebih tinggi. Otonomi deskriptif bersifat relatif, tidak ada batasan yang membedakan apakah individu otonom atau tidak. Sedangkan otonomi normatif adalah didasarkan pada karakteristik tertentu dari individu, dengan syarat individu tersebut harus dalam keadaan sadar dan tidak dalam pengaruh obat-obatan maupun paksaan. Kedua jenis otonoomi ini saling berhubungan dan dipengaruhi oleh faktor lingkungan serta kondisi saat itu.

Pada prinsipnya paternalism yang dimiliki dokter tidak boleh mengambil keuntungan, mengubah, menimbulkan bias yang menimbulkan kecenderungan pasien mengambil pilihan demi kepentingan dokter. [254] Dokter harus mengambil posisi sebagai relasi pasien dalam interaksi sosial, artinya mungkin dokter akan memperlakukan tiap orang berbeda tergantung siapa pasien yangdihadapinya nemun tetap berkomunikasi dengan rasa hormat yang sama dan tetap berlandaskan kasih saying dalam semua kasus. Dokter harus benar-benar mengutamakan kesejahteraan

[253]*Ibid.*, h.10.
[254]*Ibid.*, h.14.

pasien dan harus mengesampingkan motif mencari keuntungan. Transparansi harus dapat dilakukan dengan tetap menyadari sisi lemah pasien namun di sisi lain memotivasi timbulnya otonomi pasien.

c. Daya kerja prinsip transparansi

Dokter sebagai sebuah profesi yang luhur tentunya memiliki suatu kode etik. Pasal 9 KODEKI tahun 2012 disebutkan bahwa *"*Seorang dokter wajib bersikap jujur dalam berhubungan dengan pasien dan sejawatnya, dan berupaya untuk mengingatkan sejawatnya pada saat menangani pasien dia ketahui memiliki kekurangan dalam karakter atau kompetensi, atau yang melakukan penipuan atau penggelapan", sedangkan pada pasal 10 KODEKI disebutkan : "Seorang dokter wajib menghormati hak-hak- pasien, teman sejawatnya, dan tenaga kesehatan lainnya, serta wajib menjaga kepercayaan pasien".[255] Pada penjelasan pasal 10 butir ke-4 dan ke-5 KODEKI yakni :

1. Seorang dokter wajib memberikan informasi yang jelas dan memadai serta menghormati pendapat atau tanggapan pasien atas penjelasan dokter.
2. Seorang dokter seharusnya tidak menyembunyikan informasi yang dibutuhkan pasien, kecuali dokter berpendapat hal tersebut untuk kepentingan pasien, dalam hal ini dokter dapat menyampaikan informasi ini kepada pihak keluarga atau wali pasien.

Dokter dalam melaksanakan profesinya, selain menjunjung tinggi etika tentu harus bekerja sesuai standar dan etika profesi seperti tercantum dalam Pasal 58 UU Tenaga Kesehatan mengenai Kewajiban Tenaga Kesehatan, yang isinya "tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik wajib memberika pelayanan kesehatan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan profesi, standar prosedur operasional,

[255] Kode Etik Kedokteran Indonesia, 2012.

dan etika profesi serta kebutuhan penerima pelayanan kesehatan", jelaslah bahwa seorang dokter harus bersifat jujur dan terbuka dalam memberikan informasi kepada pasien dan/atau keluarganya. Kesemuanya ini tentunya tidak terlepas dari sumpah dokter yang wajib diucapkan semua lulusan fakultas kedokteran sebelum menjalankan profesinya.

Berdasarkan pedoman *Good Medical Practice* yang dikeluarkan oleh *General Medical Council* pada tahun 2013 pada bagian *Professionalism in action* tertuang pedoman mengenai kejujuran dan integritas *(honesty and integrity),* dokter harus jujur akan kemampuannya, kualifikasinya, serta perannya. Dokter juga harus jujur dan dapat dipercaya dalam komunikasi, serta tidak boleh dikesampingkan perlunya jujur terhadap pembiayaan/finansial.[256]

Pada awalnya transparansi lebih banyak dipakai pada bidang pemerintahan. Sebagai contoh di Amerika Serikat, pada masa pemerintahan Presiden Bill Clinton yang memgemukakan hak masyarakat tentang informasi dalam bidang pemerintahan. Sistem *targeted transparency* melalui cara *selective disclosure* dianggap dapat menurunkan risiko kejadian yang tidak diinginkan dari suatu pekerjaan *(performance)* yang kurang baik. Pada tahun 1990, kongres Amerika mewajibkan perusahaan makanan untuk mencantumkan label komposisi makanan karena saat itu ditemukan bahwa pola makan yang buruk menyebabkan banyak kematian. Pada tahun 2000, kongres Amerika mengajukan bahwa semua rumah sakit di negara bagian harus memberikan informasi publik mengenai kesalahan,

[256]Anne E.Morris dan Michael A.Jones, *Blackstone's Statutes on medical Law, 8th edition,* Oxford University Press, 2015, h.354.

angka kematian pada tindakan tertentu. Selanjutnya pada tahun 2001 dan 2002 kongres juga mewajibkan perusahaan publik harus meningkatkan keterbukaan keuangan mereka. Kebijakan *targeted transparency* diyakini akan meningkatkan pemerataan dan kualitas pelayanan publik.[257]

Kongres Amerika beranggapan bahwa transparansi harus ditetapkan oleh pemerintah, karena beberapa alasan diantaranya hanya pemerintah yang mempunyai kekuatan untuk memaksa keterbukaan informasi dan mempunyai kekuatan untuk menetapkan kebijakan terkait informasi. *Targeted transparency* mempunyai beberapa karakter yaitu :[258]

1. Wewajibkan keterbukaan publik
2. Harus dilakukan oleh organisasi atau korporasi publik
3. Informasi yang dibuka sudah ada standardisasi dan dapat dibandingkan
4. Keterbukaan mengenai hal yang spesifik
5. Ada tujuan tertentu untuk kepentingan masyarakat

Keterbukaan juga mempunyai risiko yang merugikan apabila informasi yang disampaikan tidak lengkap, tidak akurat, tidak diperbaharuhi, atau membingungkan. Salah satu contohnya adalah kebijakan keterbukaan dalam bidang keselamatan pasien yang dilakukan pada tahun 1990 di New York dan tahun 1992 di Pennsylvania terkait angka kematian dan keberhasilan operasi jantung. Pihak rumah sakit dan dokter di Pennsylvania pada akhirnya lebih berfokus pada kemungkinan dan ketakutan akan kemungkinan adanya tanggung gugat akibat

[257]Archon Fung, Mary Graham, dan David Weil, *Full Disclosure : The Politics, Perils, and Promise of Targeted Transparency*, Cambridge University Press, 2007, h.5.
[258]*Ibid*., h.6

malpraktik. Lebih dari separuh dokter bedah jantung menolak melakukan operasi jantung pada pasien yang mempunyai risiko tinggi setelah kebijakan ini mulai dikeluarkan. Meskipun di New York didapatkan setelah dilkeluarkan kebijakan ini angka kematian akibat operasi jantung menurun secara nyata pada tiga tahun pertama, bahkan New York menjadi negara bagian yang memiliki angka kematian akibat bedah jantung *bypass* pada tahun 1992.[259]

Transparansi berhubungan erat dengan etika dan moralitas, sehingga transparansi tidak dapat pula dilepaskan dari integritas seseorang dalam pekerjaannya. Salah satu cara untuk menegakkan transparansi adalah dengan melalui penegasan kode etik selain melalui proses komunikasi dan relasi dalam suatu komunitas.[260] Transparansi juga erat kaitannya dengan akuntabilitas dan tanggung jawab. Meskipun kedua kata ini mempunyai arti yag hampir sama, namun tanggung jawab lebih dikaitkan dengan unsur moral. Sedangkan akuntabilitas seringkali dihubungan dengan kemampuan seseorang untuk melaksanakan kewajibannya dalam menjelaskan tindakan yang harus dilakukan. Sebagai contoh, seseorang yang mempunyai kewenangan untuk mengatur keuangan suatu organisasi maka dia harus dapat menjelaskan tindakannya dalam mengelola keuangan organsasi tersebut.[261]

Tidak dapat dipungkiri bahwa pola komunikasi pasien dan dokter secara bertahap mengalami perubahan sejak lebih dari 170 tahun yang lalu. Pada awalnya dokter menahan informasi yang tidakbermanfaat atau membahayakan pasien

[259]*Ibid*, h.88.
[260]Adrian Henriques, *Corporate Truth The Limits to Transparency*, Earthscan, London, 2007, h.63.
[261]*Ibid*, h.26.

namun semakin berubah ke arah *"patients have a right to know the truth"*. Memang tidak mudah mengetahui batasan hak pasien untuk mengetahui semua kebenaran dan bagaimana cara untuk menyampaikan informasi tersebut. Terdapat beberapa pertanyaan yang selalu menjadi pertimbangan dalam penyampaian informasi ini yaitu :[262] seberapa banyak keterbukaan itu dianggap cukup? Sebarapa banyak cukup itu dianggap berlebihan? Apakah yang disampaikan dokter akan membahayakan pasien karenan memberitahukan terlalu banyak dengan cara yang kurang tepat? Apakah dibenarkan tidak memberitahukan kebenaran demi kebaikan? Haruskah dokter menjadi penjaga gawang *(gatekeepers)* dari informasi medis? Bagaimana pengaruh *shared medical records* terhadap relasi dokter pasien?

Salah satu hal yang sering menjadi masalah adalah transparansi yang wajib dilakukan dokter apabila terjadi sesuatu yang tidak diharapkan. Keadaan ini sering disebut dengan *hard truths* [263]yang dialami baik oleh pasien maupun rumah sakit. Terdapat beberapa hal yang harus dilakukan oleh dokter maupun rumah sakit dalam kondisi tersebut bahkan apabila baru pada tahap disadari ada potensi untuk menimbulkan bahaya bagi pasien, yaitu :[264]

[262]Bryan Sisk et al., 'The Truth about Truth-Telling in American Medicine: A Brief History', *The Permanente Journal/Perm J* 2016 Summer;20(3):15-219, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4991917/pdf/permj20_3p0074.pdf diakses pada 27 Agustus 2022

[263]Professional Standards Authority for Health and Social Care, "Telling patients the truth when something goes wrong : Evaluating the progress of professional regulators in embedding professionals' duty to be candid to patients", Januari 2019, h.4, https://www.professionalstandards.org.uk/docs/default-source/publications/research-paper/telling-patients-the-truth-when-something-goes-wrong---how-have-professional-regulators-encouraged-professionals-to-be-candid-to-patients.pdf?sfvrsn=100f7520_6 diakses pada 27 Agustus 2022.

[264]*Ibid*., h.9.

a. Menyampaikan kepada pasien atau keluarganya jika telah terjadi sesuatu yang tidak diharapkan *(when something goes wrong).*
b. Meminta maaf kepada pasien.
c. Menawarkan tindak lanjut yang sesuai.
d. Menjelaskan secara keseluruhan kepada pasien atau keluarganya kemungkinan yang dapat timbul di kemudian hari akibat kejadian tersebut.
e. Perlu adanya kejujuran dokter terhadap kolega, rumah sakit, dan organisasi apabila dilakukan suatu investigasi.
f. Adanya dukungan satu sama lain di antara dokter, rumah sakit, dan organissi untuk tidak menimbulkan motivasi untuk menutupi kejadian tersebut.

Pada umumnya terdapat pengaruh lingkungan bagi seorang dokter dalam menghadapi situasi *hard truths*. Misalnya kesejawatan atau pengelola rumah sakit yang bersikap menghakimi, adanya perasaan takut dikucilkan bagi dokter yang melakukan kesalahan serta penolakan dari kolega untuk tetap bekerja dalam tim yang sama dengan dokter tersebut, belum adanya budaya mendorong dokter untuk menegakkan profesionalisme, dukungan organisasi untuk mengutamakan akuntabilitas sehingga dokter lebih percaya diri dalam menyampaikanhal tersebut kepada pasien, serta sering belum ada keyakinan dari dalam diri dokter sendiri bahwa mengatakan kebenaran akan membawa perbaikan dan mencegah kejadian tersebut berulang bagi dirinya maupun sejawatnya.

Dokter dan rumah sakit masih mengalami kekuatiran bahwa transparansi akan kesalahan yang terjadi akan membawa pada tuntutan pasien bagi mereka. Sebenarnya hal ini dikarenakan kurangnya kemampuan berkomunikasi antara

dokter dengan pasien termasuk cara untuk menyampaikan permohonan maaf sehingga banyak dokter yang kurang merasa yakin untuk menyampaikan hal tersebut. Organisasi juga harus mendukung bahwa penyampaian keterbukaan ini akan mendapat dukungan dari mereka serta adanta regulasi bahwa penyampaian secara dini justru akan memberikan keringanan pada dokter apabila terjadi tuntutan pasien.

2.2.2 Perbandingan prinsip transparansi dengan prinsip keterbukaan

Transparansi *(transparency)* sering dianggap sama dengan keterbukaan *(disclosure)*. Transparansi dalam *Black's Law Dictionary* didefinisikan sebagai *openness, clarity, unobstructed acces; lack of guile and of any attempt to hide damaging information.*[265] Sedangkan *disclosure* dalam *Black's Law Dictionary* diartikan sebagai *to make something known or public, to show something after periode of inaccessibility or of being unknown, reveal, the act or process of making known something that was previously unknown, a relevation of facts.*[266] Dari sini dapat diartikan bahwa transparansi merupakan kondisi atau perlakuan di mana tidak ada halangan atau hambatan dalam hal ini informasi karena memang keadaan sebenarnya seperti itu, atau dapat digambarkan seperti melihat melalui gelas yang bening. Sedangkan keterbukaan adalah suatu kondisi untuk sengaja membuka sesuatu yang asalnya tertutup.

[265]Bryan A.Garner, *Op.Cit*, h.1729.
[266]*Ibid.*, h.1399

Peraturan perundang-undangan yang ada di Indonesia tidak membedakan secara jelas transparansi dan keterbukaan bahkan sering diartikan sama dan dipakai bergantian tanpa batasan yang jelas dan cenderung membingungkan. Seperti halnya terdapat di dalam Pernjelasan Pasal 5 huruf (g) Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2011 Tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan yang menyebutkan :

> Yang dimaksud dengan "asas keterbukaan" adalah bahwa dalam Pembentukan Peraturan Perundang-undangan mulai dari perencanaan, penyusunan, pembahasan, pengesahan atau penetapan, dan pengundangan bersifat transparan dan terbuka. Dengan demikian, seluruh lapisan masyarakat mempunyai kesempatan yang seluas-luasnya untuk memberikan masukan dalam Pembentukan Peraturan Perundang-undangan

Terlihat di sini bahwa definisi asas keterbukaan mengandung arti bahwa adanya sifat transparan dan terbuka, yang artinya transparan dan terbuka adalah dua hal yang berbeda meskipun tidak dijelaskan makna transparan dan terbuka itu sendiri. Abdul Adhim Azzuhri dan Dwi Haryati[267] membedakan transparansi dan keterbukaan yaitu transparansi lebih berkaitan dengan akses atas informasi yang ada sedangkan keterbukaan adalah akses atas keikutsertaan dalam proses pengelolaan barang milik negara atau daerah. Ciri khas dari transparansi adalah kewajiban untuk secara aktif memberikan informasi dari salah satu pihak (pemberi layanan (misalnya dalam hal pelayanan publik) sehingga pihak lain (misalnya penerima layanan publik atau masyarakat) ikut berperan serta dalam suatu proses

[267]Abdul Adhim Azzuhri dan Dwi Haryati, *Dinamika Regulasi dan Aspek Transparansi dalam Mendorong Kompetisi pada Pengaturan Pemanfaatan Barang Milik Negara/Daerah*, dalam Richo Andi Wibowo, *Kontrak Pemerintah Konsep, Ragam, Perkembangan Regulasi, dan Kajian Putusan,* Penerbit Kencana, Jakarta, 2021, h.73.

pengambilan keputusan.[268] Phillipus M.Hadjon menyebutkan bahwa peran serta tersebut merupakan suatu bentuk perlindungan hukum preventif.[269] Partisipasi atau peran serta dalam hal transparansi utamanya bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan. Salah satu perwujudan partisipasi adalah dengan membuka saluran kritik dan saran untuk pemberi layanan baik melalui surat, telepon, *e-mail*, maupun sarana lainnya.[270]

Dalam suatu pelayanan medis antara dokter dan pasien sistem *targeted transparency* inilah yang berlaku, bukan keterbukaan dalam arti *disclosure* tetapi lebih tepatnya transparansi yang terbatas pada hal-hal tertentu yang memang sudah seharusnya dilakukan secara transparan baik ditinjau dari sisi etika maupun hukum. Transparansi harus diwujudkan dalam dokter dan pasien dalam bentuk *targeted transparency* adalah transparansi yang mempunyai batas atau tidak absolut. Masih ada batasan-batasan yang diperlukan dalam penerapannya, misalnya untuk etika *beneficence* dimana demi kepentingan sejauh tidak membahayakan pasien maka transparansi ini dapat dilakukan. Tidak dapat diartikan apabila tidak dilakukan transparansi maka dokter dianggap tidak jujur kepada pasien, karena *truth* atau kejujuran mengandung unsur moral yang sangat tinggi. Relasi antara dokter dan pasien tidak dapat sama sekali dilepaskan dari unsur moral. Dalam relasi dokter dan pasien keterbukaan dalam arti *disclosure* tidak dapat dipakai secara umum, tetapi *selective disclosure* masih dapat diterapkan. Misalnya keterbukaan tentang dokter

[268]Husni Thamrin, *Hukum Pelayanan Publik di Indonesia*, Aswaja Pressindo, Yogyakarta, 2013, h.39.
[269]*Ibid.*
[270]Sirajuddin, Didik Sukriono, dan Winardi, *Hukum Pelayanan Publik Berbasis Partisipasi dan Keterbukaan Informasi*, Setara Press, Malang, 2012, h.180.

dan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di suatu rumah sakit dan berapa kasus yang sudah berhasil dilakukan di rumah sakit tersebut masih memungkinkan disampaikan kepada masyarakat. Informasi tersebut tentunya harus benar-benar sesuai kondisi yang ada sehingga tidak ada unsur beriklan yang membingungkan atau bahkan menyesatkan pasien dalam menentukan pilihan. Keterbukaan dalam hal angka kematian dan laporan keberhasilan tindakan dokter masih belum dapat diterapkan, karena seperti halnya yang pernah terjadi di Amerika Serikat pada tahun 1990-an, masih dikuatirkan akan menimbulkan *defensive medicine* dan kemungkinan keraguan dalam penanganan pasien. *Selective disclosure* juga dapat dikaitkan dengan keterbukaan informasi terkait pasien. Keterbukaan di sini bukan diartikan keterbukaan akan data dan informasi pasien tetapi sekali lagi ditekankan pada keterbukaan yang terbatas dalam bentuk transparansi antara pemberi dan penerima layanan kesehatan saja.

Unsur *targeted transparency* yang mewajibknan keterbukaan publik tidak dapat sepenuhnya diterapkan pada bidang medis karena adanya batasan rahasia kedokteran sesuai etika dan hukum. Keterbukaan informasi yang dapat dilakukan adalah yang mempunyai standardisasi misalnya akreditasi rumah sakit. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit (selanjutnya disebut Permenkes Akreditasi RS) menyebutkan bahwa rumah sakit harus secara berkala dilakukan akreditasi dengan pedoman menggunakan Standar Akreditasi yaitu pedoman yang berisi tingkat pencapaian yang harus dipenuhi oleh rumah sakit dalam meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Pasal 12 dan 13 Permenkes Akreditasi RS

menyebutkan kewajiban rumah sakit untuk menyampaikan perencanaan perbaikan strategis, pemenuhan indikator nasional mutu pelayanan kesehatan rumah sakit, serta insiden keselamatan pasien kepada kementrian kesehatan. Keterbukaan informasi publik diwujudkan sesuai Pasal 14 Permenkes Akreditasi RS yaitu rumah sakit "dapat" mencantumkan kata "terakreditasi" di bawah atau di belakang nama Rumah Sakitnya dengan huruf lebih kecil dan mencantumkan nama lembaga independen penyelenggara akreditasi yang melakukan akreditasi, serta masa berlaku status akreditasinya. Kata "dapat" seharusnya lebih tepat apabila diganti dengan kata "harus", sehingga setiap rumah sakit mempunyai kewajiban mencantumkan status akreditasinya untuk diketahui masyarakat yang akan menggunakan layanan kesehatan untuk menentukan pilihan.

Berdasarkan pemaparan hakikat transparansi dan keterbukaan maka dapat dilihat bahwa transparansi *(transparency)* dan keterbukaan *(disclosure)* mempunyai makna yang berbeda meskipun seringkali dianggap sebagai suatu yang sama terutama dalam penggunaan katanya. Kedua hal ini mempunyai ciri-ciri yang dapat dibedakan sebagai berikut :

1. Transparansi merupakan proses dalam melakukan suatu kegiatan misalnya dalah hal pemberian informasi, sedangkan keterbukaan merupakan pengungkapan keadaan yang awalnya tidak terbuka menjadi diketahui oleh umum.
2. Transparansi harus mempunyai sifat lengkap, akurat sehingga tidak membingungkan dan menjadi timbul hal yang merugikan. Keterbukaan dalam

pengungkapannya harus bersifat benar dan jujur untuk kepentingan banyak orang.

3. Khusus dalam bidang kesehatan transparansi yang sesuai adalah *targeted transparency* dalam relasi dokter dan pasien, artinya tidak semua informasi dapat diberikan kepada pasien tetapi masih ada unsur kerahasiaan dan etika demi kepentingan pasien. Sedangkan keterbukaan dalam hal kinerja rumah sakit atau dokter kepada masyarakat adalah *selective disclosure*, artinya pengungkapan yang ada batasnya misalnya dalam bentuk akreditasi rumah sakit. Sedangkan pengungkapan dalam arti *full disclosure* dalam hal kinerja dokter secara perorangan masih belum sesuai dilakukan karena berpotensi menimbulkan *defensive medicine* dalam pelayanan kesehatan. Pengungkapan kinerja dokter tetap dilakukan tetapi dalam lingkup terbatas di dalam rumah sakit misalnya melalui komite medis melalui audit medis.

2.2.3 Penerapan prinsip itikad baik dan prinsip transparansi

Hubungan dokter dan pasien dalam pelayanan kesehatan seringkali dianggap sebagai suatu bentuk kontrak meskipun dokter tidak boleh menjanjikan hasil pengobatan kepada pasien tetapi melakukan upaya terbaik seperti halnya tercantum dalam pasal 61 UU Tenaga Kesehatan. Sedangkan di sisi lain kontrak seringkali dianggap sebagai janji *(contract as promise)*. Janji adalah suatu bentuk komunikasi (pada umumnya verbal) yang di dalamnya harus terdapat muatan moral, tidak hanya berkomitmen terhadap kebenaran ucapan seperti saat berbicara tetapi juga harus

berkomitmen untuk bertindak nantinya.[271] Kewajiban untuk menepati janji didasarkan pada penghormatan terhadap otonomi individu dan kepercayaan, karena artinya seseorang telah memberikan alasan dengan landasan moral bagi orang lain untuk mengharapkan apa yang dijanjikan. Sebenarnya kewajiban untuk menepati janji mempunyai aspek moral yang sama dengan mengatakan kebenaran. Konsep itikad baik dalam hal kejujuran cukup sesuai dengan konsep kontrak sebagai janji.[272]

Janji yang terbentuk dalam relasi dokter-pasien adalah dokter melakukan upaya terbaik untuk kepentingan pasien. Istilah *inspanning verbintenis* diartikan sebagai perjanjian berdasarkan upaya maksimal. Pada sistem hukum *common law* perikatan seperti ini sering disebut dengan istilah *"best efforts", "reasonable best efforts", "reasonable efforts", "best endeavours",* maupun *"reasonable endeavours"*. Perbedaan di antara istilah ini adalah :[273]

- *Best efforts: the highest standard, requiring a party to do essentially everything in its power to fulfill its*
- *Reasonable best efforts: somewhat lesser standard, but still may require substantial efforts from a party*
- *Reasonable efforts: still weaker standard, not requiring any action beyond what is typical under the circumstances.*

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019 Tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada

[271] Charles Fried, *Contract as Promise : a theory of contractual obligation 2nd edition*, Oxford University Press, 2015, h.9.

[272] *Ibid*., h.85

[273] Charles Thau, *Is This Really the Best We Can Do? American Courts' Irrational Efforts Clause Jurisprudence and How We Can Start to Fix It*, The Georgetown Law Journal [Vol. 109:665,2021], diakses pada dari https://www.law.georgetown.edu/georgetown-law-journal/wp-content/uploads/sites/26/2021/03/Thau_Is-This-Really-the-Best-We-Can-Do-American-Courts-Irrational-Efforts-Clause-Jurisprudence-and-How-We-Can-Start-to-Fix-It.pdf pada 27 Agustus 2022.

Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan kondisi kemampuan sumber daya Pemerintah Daerah di seluruh Indonesia tidak sama dalam melaksanakan ke enam urusan tersebut, maka pelaksanaan urusan tersebut diatur dengan Standar Pelayanan Minimal (SPM) untuk memastikan ketersediaan layanan tersebut bagi seluruh warga negara. Jika berpedoman pada ketentuan ini maka yang dimaksud upaya terbaik disini adalah *reasonable best efforts* karena di dalam pelaksanaanya masih diperlukan usaha untuk mencapai target tertentu. Demikian juga halnya apabila mengacu pada Pasal 51 angka (2) UU Kesehatan yaitu upaya kesehatan didasarkan pada standar minimal pelayanan kesehatan, sedangkan pada Pasal 51 angka (1) UU Kesehatan disebutkan bahwa upaya kesehatan diselenggarakan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi individu atau masyarakat, maka upaya yang dilakukan dokter dalam pelayanan kesehatan adalah sesuai dengan *reasonable best efforts* karena berdasarkan standar minimal namun harus disertai upaya untuk mewujudkan derajat kesehatan setinggi-tingginya sebagai targetnya.

Asas kebebasan berkontrak dan asas *pacta sunt servanda* dikuatirkan akan dapat menimbulkan ketidakadilan dalam suatu kontrak, oleh karena itu dalam perkembangannya dilakukan pembatasan terhadap asas tersebut yang disebabkan karena dua hal yang berpengarun yaitu :[274]

a. Makin berpengaruhnya asas itikad baik sebagai unsur yang penting dalam hukum kontrak.

[274]Ridwan Khairandi, *Itikad baik Dalam Kontrak di Berbagai Sistem Hukum*, FH UII Press, 2017, h.3.

b. Makin berkembangnya ajaran penyalahgunaan keadaan (*misbruik van omstandigheiden* atau *undue influence)*.

Pasal 1338 ayat (3) BW menyebutkan bahwa semua kontrak harus dilaksanakan dengan itikad baik, namun tidak ada penjelasan tolok ukur itikad baik itu sendiri. Istilah *good faith* berasal dari sistem hukum Inggris, sedangkan menurut sistem hukum *civil law* dalam bahasa Belanda disebut sebagai *te goede trouw*. Menurut Mokhamad Khoirul Huda,[275] pengertian itikad baik memiliki dua dimensi yaitu dimensi subjektif yang berarti itikad baik mengarah pada makna kejujuran serta dimensi yang memaknai itikad baik sebagai kerasionalan dan kepatutan atau keadilan. Menurut Zahry Vandawati Chumaida,[276] prinsip itikad baik khususnya dalam hal asuransi yang secara spesifik disebut *utmost good faith principle* itikad baik dapat diartikan bahwa masing-masing pihak dalam suatu perjanjian yang akan disepakati, menurut hukum mempunyai kewajiban untuk memberikan keterangan atau informasi yang selengkap-lengkapnya, yang dapat mempengaruhi keputusan pihak yang lain untuk memasuki perjanjian atau tidak, baik keterangan yang demikian itu diminta atau tidak sehingga terjadi keseimbangan di antara kedua pihak. Itikad baik harus menjadi pedoman bahwa isi kontrak memuat nilai-nilai keadilan.

[275]Mokhamad Khoirul Huda, *Prinsip Itikad baik Dalam Perjanjian Asuransi : Studi Perbandingan Indonesia Dengan Inggris*, dalam *Hukum Asuransi Jiwa : Masalah-Masalah Aktual di Era Disrupsi 4.0*, Scopindo, Surabaya, 2020, h.3. (Selanjutnya disebut Mokhamad Khoirul Huda-1)

[276]Zahry Vandawati Chumaida, 'Menciptakan Itikad Baik Yang Berkeadilan Dalam Kontrak Asuransi Jiwa', *Yuridik*a : Volume 29 No 2, Mei-Agustus 2014, https://e-journal.unair.ac.id/YDK/article/view/370/204 diakses pada 21 Agustus 2022.

Hal-hal yang harus diungkapkan oleh kedua pihak disebut dengan *material facts* yaitu *a fact that would be important to a reasonable person deciding wheter to engage or not in a particular transaction or an important fact as distinguished from un important or trivial detail*.[277] Sebagai contoh pada perjanjian asuransi jiwa, tertanggung memiliki kewajiban untuk menjelaskan *(duty of representation)* dan mengungkapkan *(duty of disclosure)* semua fakta material berkaitan dengan objek yang akan diasuransikan. Bantuk pelanggaran pengungkapan fakta material ini terdapat dua bentuk yaitu :

a. Tidak memberikan penjelasan *(mispresentation)* yang disebabkan karena ketidaksengajaan *(innocent mispresentation)* maupun memberikan pernyataan yang salah karena kesengajaan *(intentional mispresentation).*

b. Tidak mengungkapkan *(non disclosure)* yang disebabkan karena ketidaktahuan maupun karena kesengajaan.

Kepatutan seringkali disandingkan dengan itikad baik, sehingga daya mengikat kontrak didasarkan pada adanya keselarasan di antara kedua hal tersebut. Itikad baik dalam pelaksanaan kontrak adalah penafsiran kontrak berdasarkan kepatutan dan keadilan, sehingga dapat dikatakan terdapat hubungan yang era tantara itikad bauk dalam pelaksanaan kontrak dengan teori kepercayaan pada saat pembentukan kontrak. Kontrak yang tidak dapat dilaksanakan karena asalan yang

[277]Mokhamad Khoirul Huda, 'An Obligation to Represent and Disclose Material Facts as a Good Faith in Life Insurance Contract', *Mediterranean Journal of Social Sciences*, Vol 8 No 4 S1 July 2017, http://archive.sciendo.com/MJSS/mjss.2018.8.issue-4-1/mjss-2018-0073/mjss-2018-0073.pdf diakses pada 21 Agustus 2022. (selanjutnya disebut Mokhamad Khoirul Huda-2)

terkait dengan itikad baik berarti kontrak tersebut melanggar ketertiban umum dan kesusilaan.[278]

Itikad baik tidak hanya dilakukan pada saat pelaksanaan kontrak tetapi harus sudah dimulai sejak tahapan pra kontrak yaitu pada saat para pihak bernegosiasi dan menyusun kontrak. Itikad baik pada tahap pra kontrak merupakan kewajiban untuk menjelaskan dan meneliti fakta material bagi para pihak yang berkaitan dengan pokok yang dinegosiasikan tersebut.[279] Dalam hal ini tampak adanya suatu *general duty of disclosure* dalam konteks hubungan antara konsumen dan produsen atau profesional.[280] Adanya kewajiban untuk menyampaikan dan menjelaskan informasi secara terbuka menunjukkan hubungan yang erat antara itikad baik dan transparansi pada setiap tahap pembentukan kontrak. Menurut Y.Sogar Simamora, itikad baik pada setiap tahapan kontrak mempunyai fungsi masing-masing sebagai berikut, yang merupakan kewenangan hakim untuk menilainya :[281]

a. Tahap pra kotrak, merupakan tahap negosiasi menuju terciptanya sepakat *(mutual consent).* Pada tahap ini terdapat hak untuk menerima atau menolak penawaran, dan penawaran yang diterima akan melahirkan kontrak. Penawaran maupun akseptasi merupakan pernyataan kehendak. Apabila terhadap cacat kehendak maka berarti salah satu pihak tidak bertumpu pada itikad baik.

[278]Agus Yudha Hernoko, *Metode Penentuan Isi Kontrak (Upaya Memahami Spektrum Hak dan Kewajiban Para Pihak)*, dalam Proceeding Konferensi Nasional Hukum Perdata II "Karakteristik Hukum Perikatan Indonesia : Menuju Pembaharuan Hukum Perikatan Nasional", Denpasar, 2015, h.59.

[279]Ridwan Khairandy, *Op.Cit*., h.246.

[280]*Ibid*., h.248.

[281]Y. Sogar Simamora, 'Fungsi Itikad Baik Dalam Kontrak (Suatu Orientasi Dengan Metode Pendekatan Sistem)', *Perspektif* Volume VI, No.3, Edisi Juli, Tahun 2001, https://jurnal-perspektif.org/index.php/perspektif/article/view/542 diakses pada 21 Agustus 2022.

Kewajiban itikad baik masing-masing pihak adalah kewajiban memeriksa *(onderzoekplicht)* dan kewajiban memberitahukan *(medelingsplicht).* Itikad baik juga dimaksudkan bahwa penawaran maupun akseptasi tidak dibatalkan dengan cara tidak patut

b. Tahap penandatanganan kontrak, pada tahap ini itikad baik terwujud dalam adanya kewajiban untuk mencermati seluruh aspek yangterkandung dalam kontrak yang akan ditandatangani atau yang disebut dengan *the obligation to exercise due diligence. Due diligence* menyangkut seluruh klausula yang termuat dalam kontrak sampai bagian penutup, yaitu tanda tangan.
c. Tahap pelaksanaan kontrak merupakan tahap pelaksanaan hak dan kewajiban para pihak sesuai klausula yang disepakati. Itikad baik berfungsi membatasi dan meniadakan kewajiban kontraktual yang hanya dapat dijalankan jika terdapat alasan yang amat penting. Pembatasan hanya dapat dilakukan jika suatu klausula tidak dapat diterima karena tidak adil. Penafsiran itikad baik didasarkan pada prinsip keadilan, misalnya dengan penafsiran syarat-syarat yang menunjukkan kesewenang-wenangan. Itikad baik juga berfungsi menambah kewajiban kontraktual

Itikad baik seringkali dihubungkan dengan penyalahgunaan keadaan (*misbruik van omstandigheiden* atau *undue influence)* atau pada sistem hukum *Common Law* disebut dengan *unconscionability*, meskipun kedua hal ini tidak sama persis namun pada kedua keadaan ini terdapat kedudukan yang tidak seimbang di antara para pihak. Ketidakseimbangan *bargaining power* di antara ke dua pihak pada umumnya dapat membawa dampak keuntungan yang tidak

seimbang. Sebaliknya kedudukan yang seimbang akan membawa dampak kesamaan yang proposional dalam pelaksanaan kontrak.[282] Keseimbangan kedudukan para pihak ini terutama dalam hal hak dan kewajiban.[283] Penyalahgunaan keadaan merupakan faktor yang membatasi atau mengganggu adanya kehendak yang bebas untuk menentukan persetujuan di antara kedua pihak, sehingga tidak dapat digolongkan sebagai kausa yang tidak diperbolehkan seperti halnya tercantum dalam Pasal 1320 BW. Penyalahgunaan keadaan dikategorikan sebagai kehendak yang cacat karena lebih sesuai denga nisi dan penyalhgunaan keadaan itu sendiri serta tidak berhubungan dengan syarat-syarat objektif perjanjian melainkan mempengaruhi syarat-syarat subjektif.[284]

Dokter dalam menjalankan profesinya sebagai sebuah profesi yang luhur tentunya harus selalu mengutamakan itikad baik sebagai bentuk perwujudan etika medis terutama dalam hal *beneficence* dan *non maleficence* bagi pasien. Namun seringkali dalam pelaksanaannya terkadang tetap mengalami kendala misalnya karena dokter dalam perawatan pasien tidak selalu dapat mengambil keputusan sendiri namun harus bekerja dalam suatu tim sebagai pemberi asuhan kepada pasien. Tujuan sistem kerja tim ini tentunya adalah demi kepentingan pasien, namun di satu sisi keputusan yang diberikan oleh salah satu anggota tim mungkin

[282]Agus Yudha Hernoko dan Ghansham Anand, 'The Application of Circumstance Abuse Doctrine (Misbruik Van Omstandigheden) on Judicial Practice in Indonesia', *Journal of Advanced Research in Law and Economics* 8(7):2138-2143, https://www.researchgate.net/publication/326467500_The_application_of_circumstance_abuse_doctrine_Misbruik_Van_Omstandigheden_on_judicial_practice_in_Indonesia pada 20 Agustus 2022

[283]Faizal Kurniawan et al., 'The Principle of Balance Formulation as the Basis for Cancellation of Agreement in Indonesia', *Lex Scientia Law Review*, Vol 6 No1 (2022), https://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/lslr/issue/view/2302 diakses pada 22 Agustus 2022.

[284]Mokhamad Khoirul Huda dan Ninis Nugraheni, *Penyalahgunaan Keadaan (Misbruik Van Omstandigheden) Dalam Perjanjian Asuransi*, dalam Proceeding Konferensi Nasional Hukum Perdata II, Denpasar, 2015, h.291.

akan berlawanan dengan dengan kepentingan atau otonomi pemberi asuhan yang lain meskipun tujuan sama demi kepentingan pasien. Tidak jarang pula keterlibatan dari pihak pengelola rumah sakit akan mempengaruhi relasi dokter dan pasien yang akan berpengaruh pada kepercayaan.[285] Independensi dan otonomi dokter adalah hal yang utama dalam pengambilan keputusan bagi pasien tanpa adanya pengaruh dari luar maupun hal lain. Sebagaimana tercantum dalam *WMA's annual General Assembly of Seoul :*

> *"…the central element of professional autonomy and clinical independence is the assurance that individual physicians have the freedom to exercise their professional judgment in the care and treatment of their patients without undue influence by outside parties or individuals. Patients expected their physicians to be free to make clinically appropriate recommendations. Hospital administrators and third-party payers may consider physician professional autonomy to be incompatible with prudent management of health care costs. Restraints on the ability of physicians to refuse demands by patients or their families for inappropriate medical services are not in the best interests of either patients or society"*

Kerjasama tim dalam perawatan pasien akan memberikan hasil yang lebih baik terutama dalam hal *patient safety*, efektivitas dan efisiensi pelayanan. Model yang dapat diterapkan adalah *collaborative-relationship* yang mengutamakan komunikasi terbuka antar pemberi layanan dengan berfokus pada pasien.[286]

Itikad baik dalam relasi dokter pasien nampak jelas terwujud melalui transparansi yang harus selalu ada dalam pelayanan kesehatan terutama dalam hal pemberian informasi terkait penyakit pasien dan penanganannya, Secara khusus

[285]World Medical Association, "Doctors' Clinical Independence Essential to High Quality Medical Care, says WMA", 2008, https://www.wma.net/news-post/doctors-clinical-independence-essential-to-high-quality-medical-care-says-wma/ diakses pada 26 Agustus 2022.

[286] Pamela Wener et al., 'Interprofessional Collaborative Relationship Building Model in Action in Primary Care : a secondary analysis', *Front. Rehabilit. Sci., 31 May 2022 Sec. Strengthening Rehabilitation in Health Systems,* https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fresc.2022.890001/full diakses pada 27 Agustus 2022.

dalam hal pembiayaan pelayanan kesehatan dapat dipakai contoh yang sudah diterapkan di Amerika Serikat. Sejak 1 Januari 2022, *Centre for Medicare and Medicaid Service (CMS)* mengeluarkan *No Surprise Act* sebagai bentuk perlindugan bagi masyarakat yang tidak memiliki asuransi agar tidak mendapatkan tagihan biaya pelayanan kesehatan yang tidak diperkirakan sebelumnya. Kebijakan ini didasarkan pada prinsip *"good faith estimate"* terhadap perkiraan pembiayaan sebelum mereka menerima pelayanan kesehatan. Selain itu terdapat pula layanan *patient-provider dispute resolution (PPDR) process* apabila seseorang mendapat tagihan biaya yang lebih tinggi dari pada perkiraan yang diberikan sebelumnya.[287]

Itikad baik di dalam pelayanan kesehatan merupakan unsur utama yang mendasari dalam relasi dokter dan pasien, karena hubungan dokter dan pasien didasarkan pada moral dan etika terhadap manusia lain yaitu pasien yang dalam posisi lebih lemah *(vulnerable)* karena penyakitnya. Keadaan pasien yang lebih lemah dibandingkan dokter tidak menjadi alasan bahwa dokter dapat memberikan pelayanan tanpa memperhatikan kepentingan pasien, misalnya waktu pelayanan pasien. Justru keadaan ini harus diwujudkan dengan empati kepada pasien. Pada umumnya dokter terkendala dengan waktu dalam berhadapan dengan pasien. Ketentuan Pasal 4 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2052 tahun 2010 tentang Ijin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran menentukan bahwa dokter dapat mempunyai tiga tempat praktik bahkan pada kota maupun propinsi yang berbeda dapat membawa akibat pelayanan pasien kurang optimal.

[287] Centre for Medicare and Medicaid Service, "The No Surprises Act's Good Faith Estimates and Patient-Provider Dispute Resolution Requirements", https://www.cms.gov/files/document/gfe-and-ppdr-requirements-slides.pdf diakses pada 22 Agustus 2022.

Pemerintah mempunyai wacana bahwa dokter nantinya hanya diijinkan mempunyai satu tempat praktik demi terselenggaranya pelayanan pasien yang lebih bermutu dan manusiawi.[288] Namun kebijakan monoloyalitas ini masih harus dipertimbangkan akibatnya misalnya jumlah dokter saat ini yang masih kurang terutama di daerah demikian juga nantinya akan ada rumah sakit yang kesulitan mencari tenaga medis, meskipun maksud awal sistem monoloyalitas ini diharapkan akan memudahkan pasien mendapatkan pelayanan dokter secara lebih baik karena dokter hanya berada di satu rumah sakit.

Tidak dilaksanakannya itikad baik sejak tahap pemberian informasi kepada pasien akan menyebabkan timbulnya dugaan penyalahgunaan keadaan terutama apabila di kemudian hari terjadi konflik antara dokter dan pasien. Unsur penyalahgunaan keadaan ini harus benar-benar tidak ada di dalam relasi dokter pasien baik secara tidak disengaja, asumsi pasien, maupun adanya unsur kesengajaan yang diakibatkan pemaknaan kesejawatan di antara dokter yang tidak pada tempatnya. Lafal sumpah dokter sebagaimana tercantum di dalam PP Nomor 26 Tahun 1960 tentang Lafal Sumpah Dokter yang saat ini masih digunakan menyatakan bahwa “teman-sejawat saya akan saya perlakukan sebagai saudara kandung”. Pada satu sisi hal ini akan meningkatkan kesejawatan di antara dokter namun di sisi lain timbul risiko kesejawatan ini akan membuat dokter tidak transparan kepada pasien apabila ada kesalahan yang dilakukan oleh sejawatnya.

[288] *“Pemerintah Wacanakan Pembatasan Praktik Dokter Hanya di Satu Tempat”*, https://www.voaindonesia.com/a/pemerintah-wacanakan-pembatasan-praktik-dokter-hanya-di-satu-tempat/6291966.html diakses pada 7 Agustus 2022.

Sebenarnya lafal sumpah dokter yang dikeluarkan oleh WMA telah mengalami perubahan dengan amandemen pada 68th *WMA General Assembly di Chicago*[289] pada bulan Oktober 2017 yaitu *I will give to my teachers, colleagues, and students the respect and gratitude that is their due.* Perubahan ini lebih mengutamakan perlakuan dan penghargaan terhadap kolega sebagaimana seorang dokter juga ingin diperlakukan, sehingga dokter akan dapat berlaku lebih proporsional dalam berhadapan dengan pasien.

2.2.4 Pengaturan prinsip transparansi dalam peraturan perundang-undangan

Pengaturan prinsip transparansi adalah suatu yang urgen dan penting dalam kehidupan bernegara, terutama apabila dikaitkan dengan penyelengaaraan pemerintahan. Transparansi tidak dapat dilepaskan dari unsur timbulnya kepercayaan yang disertai dengan tanggung jawab *(responsibility)*. Dalam sistem pemerintahan cara untuk mewujudkan tanggung jawab itu adalah dengan transparansi, yaitu salah satu caranya adalah dengan memberikan masyarakat kesempatan untuk mengetahui kebijakan yang diambil pemerintah bahkan masyarakat dapat memberikan *feedback* atau umpan balik atas kebijakan tersebut. Dengan cara inilah maka dalam sistem pemerintahan akan dapat terwujud penyelenggaraan pemerintahan yang baik *(good governance).*[290] Transparansi dalam penyelenggaraan pemerintahan diartikan sebagai keterbukaan pemerintah dalam memberikan informasi terkait pengelolaan sumber daya publik kepada

[289]World Medical Association, "WMA Declaration of Geneva 9th" July 2018, https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/ diakses pada 27 Agustus 2022.

[290]Arifin Tahir, *Kebijakan Publik dan Transparansi Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah*, PT. Pustaka Indonesia Press, 2011, h.161.

pihak-pihak yang membutuhkan informasi. Secara umum transparansi dapat diartikan sebagai keterbukaan dalam melakukan suatu proses kegiatan.[291] Sekali lagi di sini tampak bahwa transparansi ditekankan pada proses atau aktivitas bukan hanya sebagai tujuan akhir. Berbeda dengan keterbukaan dalam arti pengungkapan atau *disclosure*.

Penggunaan terminologi transparansi terdapat dalam peraturan perundang-undangan di Indonesia berikut ini :

1. Undang-Undang Nomor 7 tahun 1992 sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 10 Tahun 1998 tentang Perbankan
2. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2006 Tentang Pengelolaan Barang Milik Negara/Daerah yang telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2020 Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 27 Tahun 2014 Tentang Pengelolaan Barang Milik Negara/Daerah (namun di dalam perubahan tersebut tidak dicantumkan dan dijelaskan lagi tentang asas transparansi dalam pengelolaan barang milik negara/daerah)
3. Peraturan Bank Indonesia Nomor 7/6/PBI/2005 tentang Transparansi Informasi Produk Bank dan Penggunaan data Pribadi nasabah
4. Peraturan Bank Indonesia Nomor 8/4/PBI/2006 tentang Pelaksaaan Good Corporate Governance Bagi Bank Umum sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Bank Indonesia Nomor 8/14/PBI/2006

[291] *Ibid*., h.162.

5. Peraturan Bank Indonesia Nomor 11/33/PBI/2009 tentang Pelaksaaan Good Corporate Governance Bagi Bank Umum Syariah dan Unit Usaha Syariah
6. Peraturan Bank Indonesia Nomor 8/4/PBI/2006 tentang Perlindungan Konsumen Jasa Sistem Pembayaran
7. Peraturan Otoritas Jasa Keuangan Nomor 1/POJK.07/2013 tentang Perlindungan Konsumen Sektor Jasa Keuangan
8. Peraturan Otoritas Jasa Keuangan Nomor 6/POJK.03/2015 tentang Transparansi dan Publikasi Laporan Bank

Penggunaan terminologi keterbukaan terdapat dalam peraturan perundang-undangan di Indonesia berikut ini :

1. Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1995 tentang Pasar Modal
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2003 Tentang Keuangan Negara
3. Undang-Undang Nomor 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik
4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik
5. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2011 Tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan
6. Peraturan Otoritas Jasa Keuangan Nomor 31/POJK.04/2015 tentang Keterbukaan atas Informasi atau Fakta Material Oleh Emiten atau Perusahaan Publik

Transparansi seringkali dihubungkan dengan pengelolaan keuangan atau anggaran. Dalam pemerintahan yang baik, terdapat delapan aspek mekanisme pengelolaan anggaran negara yang wajib untuk dilakukan transparansi yaitu:[292]

1. Penetapan jabatan atau kedudukan
2. Kekayaan pejabat publik
3. Pemberian penghargaan
4. Penetapan kebijakan yang terkait dengan pencerahan kehidupan
5. Kesehatan
6. Moralitas pejabat dan aparat pelayan publik
7. Keamanan dan ketertiban
8. Kebijakan strategi untuk pencerahan kehidupan masyarakat

Mencermati kedelapan aspek di atas, kesehatan merupakan salah satu unsur yang harus dilaksanakan secara transparan. Meskipun penekanan transparansi di sini terkait dengan anggaran atau pengelolaan keuangan, tetapi sebenarnya transparansi dalam bidang kesehatan tidak cukup hanya dikaitkan dengan hal tersebut. Banyak hal lain dalam bidang kesehatan yang layak dikaitkan dengan kajian aspek transparansi.

Transparansi dalam hal informasi sebetulnya sudah lama diatur dan dibicarakan, hal ini tampak dalam Deklarasi Hak Asasi Manusia yang dikeluarkan PBB pada 10 desember 1948 pada pasal 19 mencantumkan tentang kebebasan atas informasi yaitu: “Setiap orang berhak atas kebebasan mempunyai dan mengeluarkan pendapat; dalam hal ini termasuk kebebasan menganut pendapat

[292]*Ibid*., h.163.

tanpa mendapat gangguan, dan untuk mencari, menerima dan menyampaikan keterangan-keterangan dan pendapat dengan cara apa pun dan dengan tidak memandang batas-batas". Demikian juga yang tercantum dalam Resolusi Sidang Umum PBB Nomor 59 (1) Tanggal 14 Desember menyebutkan bahwa: "Kebebasan informasi adalah hak asasi yang fundamental dan merupakan tanda dari seluruh kebebasan yang akan menjadi titik perhatian PBB". Pasal 19 Kovenan Internasional Hak-hak Sipil dan Politik menegaskan bahwa setiap orang memiliki hak untuk menyatakan pendapat. Hak tersebut meliputi hak kebebasan untuk mencari, menerima, dan memberikan segala macam informasi serta gagasan tanpa melihat perbatasan negara.

Perihal transparansi di Indonesia dalam hal keterbukaan infromasi tampak dalam UUD 1945 yaitu pada Pasal 28 F yang menyebutkan bahwa "Setiap orang berhak untuk berkomunikasi dan memperoleh Informasi untuk mengembangkan pribadi dan lingkungan sosialnya, serta berhak untuk mencari, memperoleh, memiliki, dan menyimpan informasi dengan menggunakan segala jenis saluran yang tersedia".

Era transparansi dalam hal informasi di Indonesia dimulai pada tahun 2008 sejak disahkannya UU Keterbukaan Informasi Publik. Sebenarnya hak untuk mendapatkan informasi dapat dikatakan merupakan dasar dari terwujudnya hak masyarakat untuk mendapat hak dalam berbagai hal lain. Adanya keterbukaan informasi tentunya akan membuat masyarakat dapat menentukan sendiri langkah dan pilihan apa yang akan diambil untuk mendapatkan haknya sebagai warga negara. Hak setiap orang untuk memperoleh informasi juga relevan untuk

meningkatkan kualitas pelayanan.[293] Dapat dikatakan bahwa tanpa adanya informasi maka seseorang tidak akan dapat mengambil keputusan yang tepat dan rasional. Oleh karena itu keberadaan informasi harus benar-benar dijamin. Sebelum adanya UU Keterbukaan Informasi Publik, Indonesia sebenarnya telah memiliki beberapa peraturan terkait dengan keterbukaan misalnya Pasal 5 Undang-Undang No. 23 Tahun 1997 tentang Pengelolaan Lingkungan Hidup : "Setiap orang mempunyai hak atas informasi lingkungan hidup yang berkaitan dengan peran dalam pengelolaan lingkungan hidup", Pasal 4 Undang-Undang No. 24 Tahun 1992 tentang Penataan Ruang : "Setiap orang berhak untuk mengetahui rencana tata ruang", Hak atas informasi yang benar, jelas, dan jujur mengenai kondisi dan jaminan barang dan/atau jasa seperti tercantum dalam UU Perlindungan Konsumen.

Keterbukaan informasi ini merupakan unsur penting dalam segala bidang karena beberapa hal :[294]

1. Informasi merupakan kebutuhan pokok manusia untuk mengembangkan pribadi dan lingkungan sosialnya.
2. Hak memperoleh informasi merupakan hak asasi manusia dan keterbukaan informasi merupakan salah satu ciri penyelenggaraan negara yang baik..
3. Keterbukaan informasi merupakan sarana dalam mengoptimalkan pengawasan *(check and balance).*

[293]Eko Noer Kristiyanto, 'Urgensi Keterbukaan Informasi Dalam Penyelenggaraan Pelayanan Publik', *Jurnal Penelitian Hukum DE JURE*, ISSN 1410-5632 Vol. 16 No. 2, Juni 2016 : 231 – 244, h. 232, https://ejournal.balitbangham.go.id/index.php/dejure/article/view/59 diakses pada 4 januari 2022.

[294]*Ibid*., h.233.

Terdapat beberapa prinsip yang berlaku universal dalam hal keterbukaan informasi sehingga dapat diterapkan dalam berbagai bidang, yang meliputi :[295]

1. *Maximum Access Limited Exemption (MALE)*, semua informasi bersifat terbuka dan bisa diakses siapa saja. Suatu informasi dapat dikecualikan hanya karena apabila dibuka, informasi tersebut akan merugikan kepentingan publik yang lebih luas. Pengecualian itu juga harus bersifat terbatas, dalam arti hanya informasi tertentu yang dibatasi dan pembatasan itu tidak permanen.
2. Permintaan tidak perlu disertai alasan. Setiap orang dapat mengakses informasi tanpa harus disertai alasan untuk apa informasi tersebut diperlukan.
3. Informasi harus utuh dan benar serta tidak menyesatkan *(misleading information)*.
4. Informasi bersifat proaktif, diberikan tidak hanya saat diminta

Tranparansi dalam hal informasi tentunya dapat dan harus diterapkan di dalam segala bidang termasuk di dalam bidang kesehatan misalnya dalam hubungan pasien dan dokter. Keterbukaan informasi dalam relasi dokter dan pasien tidak bersifat mutlak, masih ada hal yang dikecualikan dalam keterbukaan informasi misalnya hal-hal yang menyangkut pribadi seseorang yaitu :[296]

1. Riwayat dan kondisi anggota keluarga.
2. Riwayat, kondisi dan perawatan, pengobatan kesehatan fisik, dan psikis seseorang.

[295]Dhoho A. Sastro M. Yasin, dan Ricky Gunawan, *Buku Saku Mengenal Undang-Undang Keterbukaan Informasi Publik*, Lembaga Bantuan Hukum Masyarakat, Jakarta, 2010, h.13.
[296]Ruth R. Faden dan Tom L.Beauchamp, *Op.Cit.*, h.305.

3. Hasil-hasil evaluasi sehubungan dengan kapabilitas, intelektualitas, dan rekomendasi kemampuan seseorang.

Transparansi antara dokter dan pasien erat kaitannya dengan hubungan antara dokter dan pasien. Pasien dalam posisi mencari informasi atau dalam posisi yang minim akan pengetahuan medis, maka cara paling efisien agar tercipta pemahaman yang baik akan tindakan medis, dokter harus terbuka terhadap informasi. Pertukaran informasi melibatkan dua pihak yakni dokter dan pasien, masing-masing harus saling memberikan informasi dengan jujur dan jelas dari sejak awal relasi dokter-pasien yang diawali dengan anamnesis. Kendala yang sering terjadi adalah pasien tidak jujur atau terbuka terhadap masalah kesehatannya atau kondisinya sendiri. Hal ini bisa saja terjadi karena takut atau malu yang didasari oleh kekurangpercayaan kepada dokter. Dari pihak dokter pun dapat juga informasi yang diberikan juga kurang terbuka, misalnya tentang risiko suatu tindakan meskipun kadang-kadang dokter mengatakan dengan dalih untuk kepentingan pasien.[297] Ketidakjujuran dalam pertukaran informasi ini yang nantinya berisiko untuk membawa perbedaan pandangan dokter dan pasien. Keterbukaan informasi dari pasien meliputi gambaran penyakit yang sedang dideritanya, keadaan badan seluruhnya, keadaan atau riwayat kesehatan keluarganya, keterangan mengenai kebiasaan pasien termasuk riwayat kesehatannya sebelumnya.

Keterbukaan informasi dari pasien ini sebenarnya merupakan kewajiban pasien, seperti tercantum dalam Pasal 28 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69

[297]Sylvie Fainzang, 'Lying, secrecy and power within the doctor - patient relationship', *Anthropology & Medicine*, Vol. 9, n°2, 2002: 118-133, h. 125, https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1364847022000034574 diakses pada 1 Januari 2022.

Tahun 2014 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien yaitu pasien berkewajiban untuk memberikan informasi yang jujur, lengkap, dan akurat sesuai kemampuan dan pengetahuannya tentang masalah kesehatannya, memberikan informasi mengenai kemampuan finansial dan jaminan kesehatan yang dimilikinya. Sedangkan keterbukaan dari dokter sesuai dengan Pasal 7 Permenkes Persetujuan Tindakan Kedokteran, sekurang-kurangnya meliputi :

1. Diagnosis dan tata cara tindakan kedokteran.
2. Tujuan tindakan kedokteran yang dilakukan.
3. Alternatif tindakan lain dan risikonya.
4. Risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi.
5. Prognosis terhadap tindakan yang dilakukan.
6. Perkiraan pembiayaan.

Dijabarkan lebih lanjut dalam pasal 8 bahwa penjelasan tentang diagnosis dan keadaan kesehatan pasien meliputi :

a. Temuan klinis dari hasil pemeriksaan medis hingga saat tersebut.
b. Diagnosis penyakit atau dalam hal belum dapat ditegakkan, maka sekurang-kurangnya diagnosis kerja dan diagnosis banding.
c. Indikasi atau keadaan klinis pasien yang membutuhkan dilakukannya tindakan kedokteran.
d. Prognosis apabila dilakukan tindakan dan apabila tidak dilakukan tindakan.

Penjelasan tentang tindakan kedokteran yang dilakukan meliputi :

a. Tujuan tindakan kedokteran yang dapat berupa tujuan preventif, diagnostik, terapeutik, ataupun rehabilitatif.
b. Tata cara pelaksanaan tindakan apa yang akan dialami pasien selama dan sesudah tindakan, serta efek samping atau ketidaknyamanan yang mungkin terjadi.
c. Alternatif tindakan lain berikut kelebihan dan kekurangannya dibandingkan dengan tindakan yang direncanakan.
d. Risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi pada masing-masing alternative tindakan.
e. Perluasan tindakan yang mungkin dilakukan untuk mengatasi keadaan darurat akibat risiko dan komplikasi tersebut atau keadaan tak terduga lainnya.

Penjelasan tentang risiko dan komplikasi tindakan kedokteran yang dapat terjadi mengikuti tindakan kedokteran yang dilakukan, kecuali :

a. Risiko dan komplikasi yang sudah menjadi pengetahuan umum.
b. Risiko dan komplikasi yang sangat jarang terjadi atau dampaknya sangat ringan.
c. Risiko dan komplikasi yang tidak dapat dibayangkan sebelumnya.

Penjelasan tentang prognosis meliputi :

a. Prognosis tentang hidup matinya (ad vitam).
b. Prognosis tentang fungsinya (ad functionam).
c. Prognosis tentang sembuhnya (ad sanationam).

Pada Pasal 9 ayat (1) Permenkes Persetujuan Tindakan Kedokteran disebutkan bahwa penjelasan tersebut harus diberikan secara lengkap dengan bahasa yang mudah dimengerti atau cara lain yang bertujuan untuk mempermudah pemahaman. Dalam hal inilah sebenarnya jelas bahwa mengenai transparansi atau keterbukaan dalam informasi antara dokter dan pasien harus ditegakkan bahkan telah dibuat peraturan tertulisnya. Meskipun tidak jelas dituliskan sanksi apa yang akan diberikan apabila prinsip transparansi ini tidak dilaksanakan.

Dalam Pasal 56 UU Kesehatan mengenai perlindungan pasien pada butir yang pertama disebutkan : “Setiap orang berhak menerima atau menolak sebagian atau seluruh tindakan pertolongan yang akan diberikan kepadanya setelah menerima dan memahami informasi mengenai tindakan tersebut secara lengkap*”*. Dalam Pasal 45 UU Kedokteran mengenai Persetujuan Tindakan Kedokteran dan Kedokteran Gigi Pasal disebutkan :

1. Setiap tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan oleh dokter atau dokter gigi terhadap pasien harus mendapat persetujuan.

2. Persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan setelah pasien mendapat penjelasan secara lengkap.
3. Penjelasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sekurang-kurangnya mencakup :
   a. Diagnosis dan tata cara tindakan medis.
   b. Tujuan tindakan medis yang dilakukan.
   c. Alternatif tindakan lain dan risikonya.
   d. Risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi .
   e. Prognosis terhadap tindakan yang dilakukan.

Sebenarnya yang dimaksud dengan "penjelasan diberikan secara lengkap" serta ada lima poin penjabaran hal apa saja yang harus disampaikan dalam informasi dari dokter ke pasien adalah identik dengan transparansi.

Di dalam KODEKI Pasal 9 disebutkan bahwa : "Seorang dokter wajib bersikap jujur dalam berhubungan dengan pasien dan sejawatnya, dan berupaya untuk mengingatkan sejawatnya pada saat menangani pasien dia ketahui memiliki kekurangan dalam karakter atau kompetensi, atau yang melakukan penipuan atau penggelapan", sedangkan pada Pasal 10 KODEKI disebutkan : "Seorang dokter wajib menghormati hak-hak pasien, teman sejawatnya, dan tenaga kesehatan lainnya, serta wajib menjaga kepercayaan pasien".[298]

Lebih diperjelas lagi pada penjelasan pasal 10 butir ke-4 dan ke-5 KODEKI :

1. Seorang dokter wajib memberikan informasi yang jelas dan memadai serta menghormati pendapat atau tanggapan pasien atas penjelasan dokter.
2. Seorang dokter seharusnya tidak menyembunyikan informasi yang dibutuhkan pasien, kecuali dokter berpendapat hal tersebut untuk kepentingan pasien, dalam hal ini dokter dapat menyampaikan informasi ini kepada pihak keluarga atau wali pasien.

Dokter adalah profesi yang menjunjung tinggi etika dan harus bekerja sesuai standar dan etika profesi sesuai dengan Pasal 58 UU Tenaga Kesehatan 8 tentang

[298]Kode Etik Kedokteran Indonesia, 2012.

Kewajiban Tenaga Kesehatan yang isinya : "tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik wajib memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan profesi, standar prosedur operasional, dan etika profesi serta kebutuhan penerima pelayanan kesehatan". Jelaslah bahwa seorang dokter harus bersifat jujur dan terbuka dalam memberikan informasi kepada pasien dan/atau keluarganya. Kesemuanya ini tentunya tidak terlepas dari sumpah dokter yang wajib diucapkan semua lulusan fakultas kedokteran sebelum menjalankan profesinya

Berdasarkan pedoman *Good Medical Practice* yang dikeluarkan oleh *General Medical Council* pada tahun 2013 pada bagian *professionalism in action* tertuang pedoman mengenai kejujuran dan integritas *(honesty and integrity),* dokter harus jujur akan kemampuannya, kualifikasinya, serta perannya. Dokter juga harus jujur dan dapat dipercaya dalam komunikasi, serta tidak boleh dikesampingkan perlunya jujur terhadap pembiayaan atau finansial.[299]

Prinsip transparansi secara implisit telah ada di dalam peraturan perundang-undangan yang berlaku saat ini khususnya peraturan yang secara khusus mengatur tentang persetujuan tindakan kedokteran. Keenam unsur yang harus dijelaskan oleh dokter kepada pasien dalam proses *informed consent* tersebut sebenarnya merupakan komponen minimal transparansi, dalam arti apabila pasien bertanya hal lain yang tidak tercantum di dalam ketentuan tersebut maka dokter tetap harus menjelaskan secara jelas misalnya perkiraan lama rawat inap, perawatan

[299]Anne E. Morris dan Michael A. Jones, *Blackstone's Statutes on medical Law, 8th edition,* Oxford University Press, 2015, h.354.

selanjutnya setelah pasien sembuh atau keluar rumah sakit, dan sebagainya. Pada angka empat unsur tersebut disebutkan risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi. Masih seringkali menjadi pertanyaan perbedaan risiko dan komplikasi yang harus dijelaskan ke pasien. Menurut *Commission on Insurance Terminology of the American Risk and Insurance Association* risiko diartikan sebagai kondisi ketidakpastian dari hasil suatu tindakan *(uncertainty as to the outcome of an event when two or more possibilities exist, the possibility of loss, injury, disadvantage, or destruction)*.[300] Sedangkan komplikasi diartikan sebagai penyimpangan dari hal yang pada umumnya terjadi akibat suatu tindakan.[301] Definisi lain menurut *World Journal of Surgery* "*A surgical complication is any undesirable, unintended and direct result of surgery affecting the patient, which would not have occurred had the surgery gone as well as could reasonably be hoped".*[302] Dengan kata lain komplikasi adalah hasil yang tidak diharapkan yang merupakan akibat langsung dari suatu tindakan medis, sedangkan risiko tidak selalu berhubungan langsung dengan tindakan medis yang dilakukan saat itu tetapi lebih dimaksudkan pada ketidakpastian hasil tindakan yang dapat disebabkan oleh hal lain misalnya penyakit lain yang telah dimiliki pasien sebelumnya. Transparansi meskipun secara implisit sudah ada di peraturan perundang-undangan tetapi pada kenyataannya

[300]J. François Outreville, 'The Meaning of Risk', https://www.researchgate.net/publication/302305568_The_Meaning_of_Risk diakses pada 1 Februari 2022.

[301]Daniel Dindo, Nicolas Demartines, dan Pierre-Alain Clavien, 'Classification of Surgical Complications', *Ann Surg.*, 2004 Aug; 240(2): 205–213, h.210, diakses pada pada 1 Januari 2022.

[302]Peter Angelos, 'Complications, Errors, and Surgical Ethics', *World Journal of Surgery* volume 33, 2009, pages609–611, h. 609, diakses pada pada 2 Januari 2022

masih perlu diatur secara eksplisit sehingga baik pasien maupun dokter keterbukaan dalam komunikasi dokter dan pasien tersebut menyangkut hal apa saja.

2.3 Kualifikasi Prinsip Transparansi dalam Pelayanan Kesehatan

2.3.1 Substansi prinsip transparansi dalam pelayanan kesehatan

a. Transparansi dokter sebagai pemberi layanan kesehatan

Dokter sebagai pemberi layanan kesehatan mempunyai kewajiban utama mengutamakan keselamatan pasien. Salah satu bentuk perwujudan keselamatan pasien ini adalah penjelasan kepada pasien dengan baik atau transparan, sehingga pemberian informasi secara jelas dan transparan merupakan salah satu dari kewajiban dokter dalam menjalankan profesinya sesuai standar yang ada. Menurut Fred Ameln kewajiban dokter dibagi menjadi tiga kategori yaitu :[303]

1. Kewajiban yang berkaitan dengan fungsi sosial pemeliharaan kesehatan *(health care).* Kategori ini menekankan kepentingan masyarakat luas, bukan hanya kepentingan pasien saja.
2. Kewajiban yang berkaitan dengan hak-hak pasien.
3. Kewajiban yang berkaitan dengan standar profesi medik dan yang timbul dari hal tersebut.

Kewajiban dokter ini tidak terlepas dari lafal sumpah dokter. Sebagai manusia, dokter juga memiliki tanggung jawab pribadi dan terhadap keluarganya di samping tanggung jawab profesinya dalam masyarakat. Dokter juga memiliki

[303]Chrisdiono M. Achadiat, *Dinamika Etik dan Hukum Kedokteran Dalam Tantangan Jaman*, EGC, 2007, h.11.

hak memperoleh informasi yang benar dan lengkap dari pasien dan/atau keluarganya tentang penyakitnya.[304] Dalam pasal 50 dan 51 UU Praktik Kedokteran memuat secara terperinci mengenai hak dan kewajiban dokter. Selain itu pada pasal 36 sampai dengan 49 UU Praktik Kedokteran juga disebutkan kewajiban dokter yang berkaitan dengan penyelenggaraan praktik kedokteran, tentang standar pelayanan, tentang persetujuan tindakan kedokteran, tentang pembuatan rekam medis, tentang rahasia medis, serta tentang kendali mutu dan biaya. Hak dan kewajiban dokter sebagai tenaga kesehatan juga tercantum dalam pasal 57 sampai dengan 61 UU Tenaga Kesehatan. Kewajiban dokter seperti tercantum dalam Pasal 51 ayat (1) adalah memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien. Maka dalam hal ini dengan melaksanakan *informed consent* secara transparan dokter melaksanakan kewajiban untuk menjalankan profesi sesuai dengan standar yang ada.

Transparansi bila diartikan sebagai keterbukaan seorang dokter dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien merupakan hal yang penting untuk mewujudkan otonomi pasien sesuai dengan etika medis. Transparansi di sini terutama menyangkut keterbukaan informasi dari dokter kepada pasien yang tidak absolut. Informasi yang diberikan kepada pasien dibatasi oleh unsur etika medis *non maleficence*, artinya transparansi hanya dapat dilakukan sebatas tidak membahayakan pasien baik secara fisik maupun mental. Seperti halnya Pasal 9 ayat (3) Permenkes Persetujuan Tindakan Kedokteran menyebutkan bahwa apabila

[304]M.Jusuf Hanafiah, Amri Amir, *Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan,* edisi 4, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta, 2014, h.54.

penjelasan yang akan diberikan membahayakan kesehatan pasien atau pasien memang menolaknya maka penjelasan tidak langsung diberikan kepada pasien tetapi diberikan kepada keluarga pasien.

Transparansi penjelasan tersebut juga berarti penjelasan oleh dokter harus diberikan secara lengkap dengan bahasa yang mudah dimengerti atau cara lain yang bertujuan untuk mempermudah pemahaman. Selain itu dokter harus secara aktif menawarkan kepada pasien adanya hak untuk mencari pendapat lain *(second opinion)* kepada dokter lain. Pasien seringkali awam terhadap dunia medis, sehingga apabila tidak ditawarkan untuk mencari pendapat kedua secara aktif, pasien mungkin saja tidak memahaminya atau bahkan pasien tidak berani menanyakan kepada dokter. Hal ini masih banyak terjadi di Indonesia karena banyaknya model komunikasi satu arah dari dokter ke pasien. Apabila dokter telah menjelaskan dan pasien telah memahami serta ada kesempatan untuk mempertimbangkan dengan kesempatan mencari pendapat kedua maka pasien akan dapat menentukan pilihan untuk dirinya sendiri.

Transparansi dalam pemberian informasi itu bertujuan untuk membuat pasien paham sebelum mengambil keputusan, sehingga perlu dipertimbangkan sebarapa banyak informasi yang harus diberikan sehingga pasien dapat membuat keputusan *(the degree of information that is required in order to make an informed decision)*. Oleh karena itu seorang dokter harus mempunyai pedoman berdasarkan dua pertanyaan, yang pertama seberapa banyak informasi yang harus diberikan

kepada pasien, dan yang kedua adalah apakah yang mungkin terjadi apabila pasien tidak mendapatkan informasi yang memadai tentang penyakit dan perawatannya.[305]

Transparansi dokter dalam memberikan informasi kepada pasien akan mengarah pada model pengambilan keputusan *shared decision making* (SDM). Dalam SDM meskipun keputusan di tangan pasien tetapi tetap ada peran serta dokter dalam pengambilan keputusan tersebut. SDM menurut Angela Coulter[306] dijabarkan sebagai proses pengambilan keputusan dimana dokter dan pasien bekerja bersama-sama untuk memilih pemeriksaan, terapi, dan pendukung berdasarkan bukti klinis yang sudah ada dan keinginan pasien :

> *"a process in which clinicians and patients work together to select tests, treatments, management or support packages, based on clinical evidence and the patient's informed preferences. It involves the provision of evidence-based information about options, outcomes and uncertainties, together with decision support counselling and a system for recording and implementing patients' informed preferences."*

Terdapat 6 langkah yang dapat dipakai sebagai acuan dalam proses SDM yang dipakai di *Massachusetts General Hospital* :[307]

1. Mengajak pasien untuk berpartisipasi, dokter harus meyakinkan pasien bahwa keputusan ini penting untuk menentukan tindakan yangakan dilakukan dokter bagi pasien.

[305]Claudio Carr, *Beginning Medical Law*, Routledge, New York, 2015, h.,63.

[306]Angela Coulter dan Alf Collins, 'Making Shared Decision-Making A Reality : No decision about me, without me', *The King Funds, Foundation for Informed Medical Decision Making*, 2011, https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/Making-shared-decision-making-a-reality-paper-Angela-Coulter-Alf-Collins-July-2011_0.pdf diakses pada 20 januari 2022.

[307]Massachusetts General Hospital, "Six Steps to Shared Decision Making", https://www.mghpcs.org/eed_portal/Documents/PatientEd/6_steps_to_SDM.pdf diakses pada 23 Januari 2022.

2. Memberikan beberapa alternatif pilihan, dapat dengan memberikan pilhan secara terbuka atau dokter menawarkan kepada pasien di antara pilihan yang telah diberikan tersebut yang manakah yang ingin didiskusikan lebih lanjut.
3. Memberikan informasi tentang keuntungan dan risiko *(risk and benefit)*, penggunaan angka atau persentase lebih mudah dipahami pasien.
4. Mengetahui pandangan pasien akan hasil yang baik maupun buruk, dengan cara mendiskusikan dengan pasien apa yang diinginkan pasien dari pemeriksaan atau tindakan yang akan diberikan. Dalam hal ini kemampuan komunikasi dokter dengan cara empati sangat diperlukan.
5. Membantu pasien untuk mempertimbangkan dan membuat keputusan, misalnya dengan memancing pertanyaan pasien apakah masih ada informasi yang kurang jelas serta memberikan kesempatan pada pasien untuk memikirkannya kembali.
6. Membantu pasien untuk mendiskusikan hal nyata yang akan dilakukan dan kemungkinan yang akan terjadi dan akan dilakukan setelahnya.

Cara pengambilan keputusan saat ini tidak hanya melibatkan seorang dokter dan pasien, tetapi akan lebih baik jika berupa kolaborasi antara beberapa orang dokter atau yang disebut dengan *Interprofessional Shared Decision Making (IP-SDM)*.[308] Memberikan informasi secara teamwork akan memberikan informasi yang lebih luas kepada pasien karena dapat mengkaji kondisi pasien secara keseluruhan dari berbagai bidang sehingga diharapkan akan lebih membantu pasien dalam menentukan pilihannya.

[308]Chaina Hanum dan Ardi Findyartini, 'Interprofessional Shared Decision-Making: A Literature Review', *Jurnal Pendidikan Kedokteran Indonesia* 2020; 9(1): 81-94, h.90, https://jurnal.ugm.ac.id/jpki/article/view/49207 diakses pada 23 Januari 2022.

Pada saat melakukan tindakan medis misalnya operasi tidak dapat dihindari kemungkinan terjadinya suatu perluasan tindakan oleh dokter. Pada umumnya dokter beranggapan tindakan ini adalah demi menyelamatkan nyawa pasien atau untuk kepentingan pasien seperti halnya tercantum dalam Pasal 11 Permenkes Persetujuan Tindakan Kedokteran. Penjelasan harus segera diberikan apabila pasien dalam kondisi sadar saat itu juga atau bila pasien dalam kondisi tidak sadar misalnya dalam pengaruh pembiusan selama operasi penjelasan diberikan kepada keluarga pasien atau pada pasien setelah pasien sadar dengan tetap memperitimbangkan kondisi fisik dan mental pasien.

Apabila melihat kasus *Mohr v. Williams*[309] yang pernah terjadi pada tahun 1905, dimana saat itu seorang wanita (Mrs. Mohr) pada saat operasi dijelaskan akan dilakukan tindakan pada telinga kanan. Tetapi saat pasien dibius dokter melihat bahwa kondisi telinga kiri pasien dalam kondisi yang lebih berat dan kemudian dilakukan operasi pada telinga kiri yang sayangnya timbul komplikasi setelahnya. Meskipun dokter melakukan tindakan pada telinga kiri sebenarnya untuk kepentingan pasien, tetapi pengadilan memutuskan dokter bersalah karena tidak menjelaskan kepada pasien tentang risiko yang mungkin terjadi sehingga pasien dapat mempertimbangkan dan mengambil keputusan.[310] Pasal 12 Permenkes Persetujuan Tindakan Kedokteran telah mengatur hal ini yaitu perluasan tindakan kedokteran hanya dapat dilakukan atas dasar penyelamatan nyawa pasien dengan

[309]Mohr v. Williams, 95 Minn. 261, 104 N.W. 12 (1905).

[310]Michelle Wandler, "The History of the Informed Consent Requirement in United States Federal Policy", h.4, http://nrs.harvard.edu/urn-3:HUL.InstRepos:8852197 diakses pada 2 Februari 2022

penjelasan harus segera diberikan secara transparan kepada pasien datau keluarganya setelah dilakukan tindakan. Jadi perluasan tindakan apabila tidak dalam kondisi kegawatdaruratan yang mengancam nyawa pasien tidak dibenarkan oleh peraturan yang ada.

Proses penyampaian informasi secara transparan dari dokter ke pasien merupakan suatu rangkaian sejak pasien datang ke dokter untuk berkonsultasi dan memperoleh layanan medis, pada saat dokter melakukan perawatan misalnya saat pasien rawat inap, hingga pasien selesai menjalani perawatan atau tindakan dan pasien kembali memeriksakan kesehatannya sebagai pasien rawat jalan. Di sinilah tampak perbedaan transaksi terapeutik yang terjadi antara dokter dan pasien. Perjanjian antara dokter dan pasien tidak seperti hubungan bisnis pada umumnya yang dapat berakhir setelah pasien meninggalkan rumah sakit. Demikian juga dokter tetap mempunyai kewajiban untuk memberikan informasi secara tranparan kepada pasien apabila setelah melakukan tindakan atau perawatan ada kemungkinan komplikasi yang mungkin terjadi baik itu karena kekurang hati-hatian yang dilakukan dokter maupun kemungkinan risiko yang terjadi akibat kondisi pasien.

b. Transparansi pasien sebagai penerima layanan kesehatan

Pasien sebagai penerima layanan kesehatan mempunyai otonomi meskipun tidak dapat diberlakukan secara mutlak karena unsur paternalistik masih mewarnai relasi dokter dan pasien. Meski pasien mempunyai hak untuk mengambil keputusan tetapi pasien masih memerlukan arahan dan petunjuk dokter dengan keunggulan pengetahuan dan ketrampilan yang dimiliki sehingga dia dapat mengambil

keputusan yang tidak membahayakan dirinya. Model pengambilan keputusan oleh pasien seperti ini tentunya adalah demi tercapainya *patient safety* dengan berfokus pada pasien atau *patient centre care.* Pola paternalistik yang demikian membedakan dengan paternalistik yang lama sehingga dapat dikatakan sebagai *modern paternalistic*.

Dokter dan pasien mempunyai hak dan kewajiban yang dalam pelaksanaannya harus berjalan secara proporsional sehingga dapat menciptakan keadilan bagi para pihak, demikian juga halnya dalam relasi dokter dan pasien. Menurut deklarasi hak-hak pasien di Eropa pada tahun 1994, pasien mempunyai hak antara lain sebagai berikut :[311]

1. Hak untuk dihargai sebagai makhluk hidup *(right to respect as a human being).*

2. Hak untuk menentukan nasib sendiri *(right to self determination).*

Pada tahun 1969, *Joint Comission on Acrreditation of Hospital* suatu organisasi non pemerintahan dalam bidang akreditasi rumah sakit diminta oleh kelompok masyarakat untuk mengeluarkan pernyataan atau mengubah aturan mengenai pasien. Pada bulan Juni 1970, *National Welfare Rights Organization* mengeluarkan 26 proposal mengenai hak-hak pasien. Saaat inilah dianggap sebagai awal pergerakan hak-hak pasien. Pada tahun 1973, *American Hospital Association* mempublikasikan *The AHA Patient's Bill of Rights* yang mempunyai dua tujuan yaitu :[312]

1. Mengurangi klaim malpraktik yang berhubungan dengan ketidakpuasan pasien.

[311]*Declaration on the Promotion of Patients Rights in Europe*, European Consultation of the Rigths of Patients, Amsterdam 1994.

[312]Ruth R. Faden dan Tom L. Beauchamp, *Op.Cit*., h.94.

2. Mempertemukan keinginan pasien dan sarana kesehatan.

Peraturan perundang-undangan kita yang mengatur hak pasien dalam keterbukaan infomasi adalah Pasal 52 UU Praktik Kedokteran yaitu mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang tindakan medis serta hak untuk meminta pendapat dokter atau dokter gigi lain.

Meskipun hak pasien lebih banyak dibahas karena posisi pasien yang dianggap lebih lemah, tetapi sebenarnya demi tercapainya *patient safety* itu tidak mungkin apabila pasien juga tidak berperan dalam menunaikan kewajibannya. Pasal 53 UU Praktik Kedokteran mencantumkan kewajiban pasien untuk memberikan informasi yang jujur dan lengkap tentang masalah kesehatannya.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2018 Tentang Kewajiban Rumah Sakit Dan Kewajiban Pasien (selanjutnya disebut Permenkes Kewajiban RS dan Pasien), secara khusus dibuat dengan pertimbangan bahwa tindakan yang dilakukan oleh rumah sakit sebagai institusi pemberi pelayanan kesehatan dengan karakteristik dan organisasi yang kompleks memiliki dampak hukum terhadap pasien yang menerima pelayanan kesehatan. Pasal 6 Permenkes Kewajiban RS dan Pasien tentang kewajiban pasien yang berkaitan dengan informasi menyebutkan bahwa pasien wajib memberikan informasi yang jujur, lengkap dan akurat sesuai dengan kemampuan dan pengetahuannya tentang masalah kesehatannya serta memberikan informasi mengenai kemampuan finansial dan jaminan kesehatan yang dimilikinya. Hal yang sama juga terdapat dalam Pasal 45 PP Penyelenggaraan Perumahsakitan pada bagian kewajiban pasien.

Tujuan dicantumkan kewajiban pasien untuk memberian informasi yang jujur, lengkap, dan akurat tidak lain adalah unsur transparasi dari pasien. Memberikan informasi yang jujur kepada dokter sebenarnya bertujuan untuk kebaikan dan keamanan pasien. Pasien yang tidak jujur dalam memberikan informasi tentang penyakitnya saat ini dan juga tentang riwayat penyakitnya akan membawa risiko bagi keberhasilan terapi yang diberikan oleh dokter, bahkan dapat membawa risiko membahayakan dirinya sendiri. Dalam hal ini pasien dapat digolongkan mempunyai peran serta apabila terjadi risiko medis (adanya *contributory negligence*). Kewajiban pasien menurut *American Medical Association Council on Ethical and Judicial Affairs* :[313]

a. *Good communication; express concerns clearly and be honest.*
b. *Provide a complete medical history to the extent possible.*
c. *Request information or clarification when lacking full understanding.*
d. *Cooperate with the treatment plan; also disclose whether agreed-upon treatments are being followed, and indicate need to renegotiate.*
e. *Meet financial obligations or discuss difficulties in so doing. Be aware of costs of using a limited resource and try to use medical resources judiciously.*
f. *Discuss end-of-life decisions, make wishes known and perhaps write an advance directive.*
g. *Be committed to [good] health maintenance; take personal responsibility to prevent disease.*
h. *Have an interest in effects of behavior on others and refrain from placing the health of others at risk.*
i. *Discuss organ donations with physicians and make applicable provisions.*
j. *Do not become involved in fraudulent care; report illegal or unethical actions to appropriate law authorities, licensing boards, or medical societies*.

[313]Dan C. English, 'Moral Obligations of Patients: A Clinical View', *Journal of Medicine and Philosophy*, 30:2, 139-152, 2005, h.145, https://academic.oup.com/jmp/article-abstract/30/2/139/923342 diakses pada 23 Januari 2022.

Pasal 44 PP Penyelenggaraan Perumahsakitan menjabarkan hak pasien yang terkait dengan transparansi informasi adalah memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang bcrlaku di rumah sakit serta memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien. Pasien juga berhak untuk mendapat informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan. Pemberian informasi ini nantinya akan berhubungan dengan hak pasien untuk memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya. Berkaitan dengan hak untuk mencari pendapat kedua bagi pasien disebutkan di sini maka pasien berhak meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai surat izin praktik baik di dalam maupun di luar rumah sakit.

Pasien berhak untuk mendapatkan akses terhadap rekam medisnya. Pernyataan pada PP Penyelenggaraan Perumahsakitan ini seakan kurang sejalan dengan yang tertulis pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 Tentang Rekam Medis (selanjutnya disebut Permenkes Rekam Medis). Pada Pasal 12 Permenkes Rekam Medis dituliskan bahwa berkas rekam medis adalah milik sarana pelayanan kesehatan sedangkan isinya adalah milik pasien, dimana yang dimaksud dengan isi rekam medis adalah hanya dalam bentuk ringkasan rekam medis. Sehingga menjadi tidak jelas apakah yang dimaksud PP Penyelenggaraan Perumahsakitan tentang akses terhadap rekam medis.

Pasien juga berhak untuk memberikan persetujuan atau menolak menjadi bagian dalam suatu penelitian kesehatan. Hak pasien dalam penelitian kesehatan masih sering diabaikan, terutama pada rumah sakit pendidikan. Pasien dianggap wajib menyetujui untuk ikut dalam suatu penelitian meski itu hanya berupa data pasien yang ada di rekam medis. Secara etika hal ini tentu juga bertentangan dengan hak pasien akan otonomi meskipun tujuan dari penelitian ini pada umumnya untuk kemajuan dunia kedokteran.

Hak pasien yang sampai saat diterbitkan peraturan perundang-undangan ini tidak berubah adalah hak mengeluhkan pelayanan rumah sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pada satu sisi hak ini sesuai apabila dikaitkan dengan transparansi dari sisi pasien. Tetapi apabila dilihat dari sisi tenaga kesehatan atau fasilitas pelayanan kesehatan, mengeluhkan pelayanan rumah sakit yang belum dibuktikan kebenarannya tentunya berpotensi menimbulkan stigma atau citra buruk pada rumah sakit tersebut.

Selain hak pasien dalam PP Penyelenggaraan Perumahsakitan, kewajiban pasien yang tercantum di dalamnya tidak banyak berubah. Namun ada satu hal yang perlu dicermati yaitu kewajiban pasien untuk memberikan informasi mengenai kemampuan finansial dan jaminan kesehatan yang dimilikinya. Tidak ada aturan yang jelas bagaimana bila pasien tidak transparan tentang jaminan kesehatan yang dimilikinya. Sebagai contoh, seorang pasien yang memakai jaminan kesehatan BPJS tetapi tidak memberikan informasi pada awal perawatannya yang menyebabkan dokter yang merawat meresepkan obat yang mungkin tidak sesuai

dengan standar yang berlaku di BPJS. Perlu dibuat aturan yang lebih jelas tentang kemungkinan terjadinya hal tersebut.

Keterbukaan pasien dalam memberikan informasi meski sudah tertulis di dalam peraturan perundang-undangan, tetapi masih belum disadari sepenuhnya oleh pasien bahwa tujuan keterbukaan dan kejujuran dalam memberikan informasi ini membawa dampak yang besar pada keputusan dokter untuk memberikan terapi yang tepat bagi pasien. Peraturan perundang-undangan yang ada belum mengatur ruang lingkup jujur, lengkap, dan akurat dari informasi yang diberikan pasien. Saat ini regulasi yang ada sudah menjelaskan secara rinci hal apa saja yang minimal harus diberikan oleh dokter dan rumah sakit dalam memberikan penjelasan yang transparan pada pasien, tetapi hal-hal apa saja yang harus dijelaskan pasien dalam berkomukasi dengan dokter belum diatur dalam peraturan perundang-undangan. Di dalam praktiknya, pasien tidak memberikan informasi secara transparan dan lengkap kepada dokter tidak selalu karena pasien tidak jujur tetapi adanya faktor lain tidak dapat dikesampingkan misalnya pasien tidak tahu informasi yang mana yang harus disampaikan kepada dokter berkaitan dengan penyakitnya saat ini. Terkadang didapati juga pasien tidak menyadari bahwa informasi kecil yang bagi pasien tidak berarti ternyata sangat berguna bagi dokter untuk menegakkan diagnosis dan memberikan terapi. Dalam hal ini pasien dapat juga tidak menyampaikan hal tersebut karena dia menganggap informasi itu tidak perlu karena dokter tidak menanyakan.

c. Transparansi rumah sakit sebagai tempat terselenggaranya pelayanan kesehatan

Rumah sakit sebagai tempat terselenggaranya pelayanan kesehatan juga mempunyai kewajiban untuk berlaku transparan terutama dalam hal informasi bagi pasien yang tertulis jelas di dalam PP Penyelenggaraan Perumahsakitan. Informasi yang transparan dari rumah sakit akan sangat mempengaruhi otonomi pasien dalam hal menentukan rumah sakit mana yang akan menjadi tujuaannya untuk mendapatkan pengobatan atau pelayanan kesehatan. Kewajiban rumah sakit dalam hal transparansi informasi memuat dua hal utama yaitu :

1. Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat (Pasal 27 ayat 1 huruf a).
2. Memberikan informasi yang benar, jelas, dan jujur mengenai hak dan kewajiban Pasicn (Pasal 27 ayat 1 huruf l).

Pasal 28 PP Penyelenggaraan Perumahsakitan menyebutkan Kewajiban Rumah Sakit memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat meliputi : informasi umum rumah sakit meliputi profil rumah sakit, tata tertib dan peraturan yang berlaku di rumah sakit, hak dan kewajiban pasien, mekanisme pengaduan, hal terkait pembiayaan pasien. Selain itu rumah sakit harus memberikan informasi terkait pelaksanaan pelayanan kesehatan kepada pasien termasuk informasi tentang kewenangan dokter atau dokter gigi dan tenaga eksehatan lainnya, serta informasi terkait dengan kinerja pelayanan rumah sakit.

Sebagaimana ditegaskan dalam Pasal 30 PP Penyelenggaraan Perumahsakitan, rumah sakit harus memberitahukan apabila rumah sakit berstatus

sebagai wahana pendidikan karena hal ini berkaitan dengan hak pasien untuk memberikan persetujuan atau tidak dalam penelitian kesehatan. Pasal 32 PP Penyelenggaraan Perumahsakitan membahas mutu rumah sakit di mana maka rumah sakit harus memberikan informasi tentang hasil pencapaian mutu pelayanan rumah sakit sesuai pencapaian indikator nasional. Tidak hanya harus memberitahukan hak dan kewajiban pasien secara benar, jelas, dan jujur seperti tercantum dalam Pasal 43 PP Penyelenggaraan Perumahsakitan, tetapi rumah sakit harus membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya yang memberikan pelayanan di rumah sakit terebut sesuai amanat Pasal 50 PP Penyelenggaraan Perumahsakitan.

Salah satu cara rumah sakit untuk menjalankan *good governance* adalah dengan menjalankan transparansi dalam penyelenggaraannya. Dalam konsep *new public management (NMP)* keberhasilan penyelenggaraan pemerintahan juga tidak terlepas dari partisipasi aktif anggota masyarakat. Apabila dianalogikan dalam pelayanan kesehatan yang diselenggarakan rumah sakit, maka slah satu unsur *good governance* yang baik adalah partisipasi. Prinsip partisipasi diartikan sebagai jaminan kesamaan hak bagi setiap individu dalam pengambilan keputusan.[314] Partisipasi di sini dapat dimaknai sebagai transparansi yang di lakukan rumah sakit tentang hasil kinerja misalnya melalui indikator mutu, akan membuat masyarakat

[314]Aries Iswahyudi , Iwan Triyuwono, dan M. Achsin, 'Hubungan Pemahaman Akuntabilitas, Transparansi, Partisipasi, Value For Money Dan Good Governance', *Jurnal Ilmiah Akuntansi* , Vol. 1, No. 2, Hal: 151-166, Desember 2016, h.156, https://ejournal.undiksha.ac.id/index.php/JIA/article/view/9992 diakses pada 24 Januari 2022.

dapat memilih layanan kesehatan mana yang dianggap memenuhi standar pelayanan yang baik.

Dokter sebagai bagian dari rumah sakit tentunya tidak dapat dilepaskan dari kewajiban rumah sakit sebagai tempatnya bekerja. Pada PP Penyelenggaraan Perumahsakitan terdapat kewajiban rumah sakit yang menyangkut transparansi maupun keterbukaan *(disclosure)*. Dalam hal transparansi rumah sakit berkewajiban memberikan informasi yang benar, jelas, dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien serta pelaksanaan pelayanan kesehatan kepada pasien yang diberikan sejak pasien masuk ke rumah sakit, selama menerima pelayanan sampai dengan pasien meninggalkan rumah sakit. Rumah sakit juga wajib memberikan informasi dan meminta persetujuan kepada pasien jika melibatkan pasien dalam penelitian kesehatan.

Dalam hal keterbukaan yang dimaknai sebagai *disclosure,* rumah sakit mempunyai kewajiban untuk memberikan informasi terkait kinerja pelayanan rumah sakit berupa hasil pencapaian indikator nasional mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit. Di masa depan bukan tidak mungkin rumah sakit akan diwajibakn memberikan informasi tentang kinerja dokter yang ada di rumah sakit tersebut. Sebagaimana tertulis pada Pasal 30 PP Penyelenggaraan Perumahsakitan rumah sakit harus memberikan informasi tentang profil rumah sakit yang terdiri dari :

a. jumlah dan ketersediaan tempat tidur.
b. status perizinan berusaha, klasifikasi, pencapaian indikator mutu, dan akreditasi.
c. jenis dan fasilitas pelayanan rumah sakit.

d. jumlah, kualifikasi, dan jadwal praktik tenaga kesehatan.

e. pelayanan unggulan.

f. alur pelayanan.

Tampak pada PP Penyelenggaraan Perumahsakitan bahwa keterbukaan informasi menjadi faktor yang lebih diperhatikan saat ini. Tujuan dari keterbukaan informasi ini adalah untuk mempertahankan mutu dan meningkatkan standar keamanan dan keselamatan pasien

Seperti halnya telah disebutkan sebelumnya, keterbukaan publik yang dapat dilakukan oleh rumah sakit adalah dengan melakukan akreditasi secara berkala sesuai aturan yang telah ditetapkan dan kewajiban untuk mencantumkan akreditasi yang telah diperolehnya. Memang transparansi dalam hal penyampaian kinerja dokter belum dapat dilakukan karena masih ada faktor yang tidak menguntungkan misalnya kan menimbulkan kesenjangan antara dokter senior dan junior, tetapi trasnparansi informasi tentang rumahsakit termasuk dalam hal akreditasi yang telah disesuaikan dengan standar akreditasi seharusnya wajib dilakukan sehingga pasien dapat mempertimbangkan dalam pengambilan keputusan untuk memilih fasilitas pelayanan kesehatan yang berkualitas.

Transparansi yang dilakukan oleh rumah sakit tidak hanya cukup dalam hal pemberian informasi mengenai penyakit pasien dan jenis pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit yang diwujudkan dalam bentuk pencamtuman tingkat akreditasi rumah sakit tersebut. Informasi dalam hal biaya termasuk dalam pelakasanaan yang berkaitan dengan pembiayan rumah sakit dan pelayanan medis yang dilakukan oleh dokter dan tenaga kesehatan lainnya merupakan unsur yang sangat penting. Seperti

halnya dilakukan di Amerika Serikat, transparansi biaya sudah harus diketahui oleh masyarakat sebelum mendapatkan pelayanan kesehatan. Dimulai sejak Januari 2021, semua rumah sakit di Amerika Serikat wajib memberikana informasi yang terbuka dan mudah diakses secara *online* dalam hal jenis pelayanan dan pembiayaan sehingga calon pengguna jasa rumah sakit dapat membandingkan harga di antara rumah sakit yang ada dan dapat memperkirakan jumlah biaya yang harus dibayarkan bahkan sebelum pasien berobat di rumah sakit yang dipilihnya.[315]

Peraturan tentang transparansi biaya terdapat dalam *section 2718(e) of the Public Health Service Act* , yang salah satu isinya adalah memberikan wewenang kepada *The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)* untuk menegakkan aturan tersebut mulai 1 Januari 2021. Tujuan dibuatnya aturan tersebut tidak hanya untuk kepentingan pasien dalam mengambil keputusan untuk memilih rumah sakit, tetapi juga berguna bagi para dokter yang akan melakukan rujukan ke fasilitas kesehatan lain, serta bagi para pembuat kebijakan untuk menganalisis transparansi biaya yang dilakukan oleh rumah sakit sehingga dapat menentukan kebijakan yang lebih baik di masa mendatang berdasarkan prinsip *value-based care*.[316] Unsur-unsur yang harus disampaikan secara transparan oleh rumah sakit meliputi hal-hal sebagai berikut :[317]

1. *The gross charge (the charge for an individual item or service that is reflected on a hospital's chargemaster, absent any discounts).*
2. *The discounted cash price (the charge that applies to an individual who pays cash, or cash equivalent, for a hospital item orservice).*

[315]Centers for Medicare & Medicaid Services, "Hospital Price Transparency", https://www.cms.gov/hospital-price-transparency diakses pada 17 Agustus 2022.

[316]"*Hospital Price Transparency Frequently Asked Questions"*, 6 May 2022, h. 3, https://www.cms.gov/files/document/hospital-price-transparency-frequently-asked-questions.pdf diakses pada 17 Agustus 2022.

[317]*Ibid*., h.5

3. *The payer-specific negotiated charge (the charge that a hospital has negotiated with a third-party payer for an item orservice).*
4. *The de-identified minimum negotiated charge (the lowest charge that a hospital has negotiated with all third-party payers for an item orservice).*
5. *The de-identified maximum negotiated charge (the highest charge that a hospital has negotiated with all third-party payers for an item orservice).*

Rumah sakit harus mempunyai standar *(base rate)* untuk semua tindakan, namun selanjutnya dapat disesuaikan dengan kondisi pasien maupun tingkat keparahan penyakit *(severity of illness).*[318] CMS mempunyai kewenangan untuk memastikan seluruh rumah sakit melaksanakan aturan transparansi biaya dengan cara :[319]

a. *Provide a written warning notice to the hospital of the specific violation(s)*
b. *Request a Corrective Action Plan (CAP) if noncompliance constitutes a material violation of one or more requirements*
c. *Impose a civil monetary penalty*

Pada tanggal 8 Juni 2022 CMS melaporkan terdapat dua rumah sakit yang melanggar aturan terkait transparansi biaya dan diberikan sanksi denda seusai aturan yang berlaku yaitu sebesar 300 hingga 5500 dolar Amerika Serikat seusai dengan besarnya rumah sakit.[320]

Pemerintah Belanda menetapkan aturan bahwa setiap orang yang tinggal atau bekerja di sana harus mempunyai asuransi sesuai ketentuan berikut:[321]

> *"Every person who lives or works in the Netherlands is legally obliged to take out standard health insurance to cover the cost of, for example, consulting a general practitioner, hospital treatment and prescription medication. You may also opt to take out additional insurance to cover costs not included in the standard package*".

[318]*Ibid*., h.9
[319]*Ibid*., h.21
[320]American Hospital Association, "CMS Announces First Penalties Under Hospital Proce Transparency Rule", https://www.aha.org/news/headline/2022-06-09-cms-announces-first-penalties-under-hospital-price-transparency-rule pada 17 Agsutus 2022.
[321]Government of Netherlands, "Health Insurance", https://www.government.nl/topics/health-insurance diakses pada 17 Agustus 2022.

Mereka yang belum berusia 18 tahun tidak dikenakan biaya untuk mendapat asuransi standar tersebut, demikian juga asuransi standar itu berhak untuk diperoleh tidak tergantung dari penyakit yang disebabkan oleh gaya hidup yang kurang baik. Namun para pekerja harus memberikan kontribusi dalam pembayaran premi sesuai besar penghasilan mereka seperti halnya ditentukan dalam *Healthcare Insurance Act (ZVW).*

Pada mulanya kontrak antara perusahaan asuransi dengan rumah sakit di Belanda sifatnya adalah rahasia, namun sejak tahun 2016 didorong oleh tekanan dari pemerhati perlindungan konsumen maka hal tersebut wajib dipublikasikan. Pada tahun 2006 Belanda pertama kali mengeluarkan *Health Insurance Act (HIA)* sebagai salah satu cara untuk melakukan kontrol terhadap pembiayaan rumah sakit.[322] Seratus persen warga Belanda mempunyai asuransi standar dan 84% warga juga mempunyai asuransi tambahan. Terdapat 11 jenis tindakan atau perawatan yang dapat ditanggung oleh asuransi standar yaitu :[323]

1. *care provided by general practitioners (GPs)*
2. *specialty care*
3. *hospital care*
4. *maternal care*
5. *dental care up to age 18*
6. *prescription drugs*
7. *physiotherapy up to age 18*
8. *home nursing care*

[322]Rudy Douven, Monique Burger, dan Frederik Schut, 'Does managed competition constrain hospitals' contract prices? Evidence from the Netherlands', *Health Economics, Policy and Law* (2020), 15, 341–354, h. 345, https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/4765F8386200CDBE60D6B79658E28D7C/S1744133119000215a.pdf/does-managed-competition-constrain-hospitals-contract-prices-evidence-from-the-netherlands.pdf diakses pada 17 Agustus 2022.

[323]Joost Wammes, Niek Stadhouders, dan Gert Westert, "International Health Care System Profiles : Netherlands", June 2020, https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/netherlands diakses pada 17 Agustus 2022.

9. *a limited number of health promotion programs, including those for smoking cessation and some weight management advice*
10. *basic ambulatory mental health care for mild-to-moderate mental disorders*
11. *specialized outpatient and inpatient mental care for complicated and severe mental disorders.*

Warga yang mempunyai asuransi tambahan memanfaatkan asuransinya untuk perawatan yang tidak ditanggung oleh asuransi standar yaitu perawatan gigi, pengobatan alternatif, fisioterapi, kacamata, alat kontrasepsi, dan obat-obatan lain yang tidak termasuk dalam tanggungan asuransi standar.

Transparansi dalam hal pembiayaan merupakan hal yang penting dalam relasi dokter pasien tetapi harus dilakukan secara aktif oleh rumah sakit sebagai tempat terselenggaranya pelayanan kesehatan. Transparansi tidak hanya dalam hal informasi medis pasien dan pengobatannya tetapi dalam hal biaya sangat berpengaruh pada hubungan dokter dan pasien.[324] Transparansi tentang biaya perawatan akan membantu pasien dan keluarganya menentukan rumah sakit mana yang akan dipilihnya, sehingga akan mempengaruhi kepercayaan dalam relasi dokter dan pasien. Selain itu transparansi biaya akan meningkatkan kualitas, efisiensi, dan keamanan pasien.

2.3.2 Pengawasan perwujudan prinsip transparansi dalam pelayanan kesehatan

Demi menjamin bahwa prinsip transparansi telah terwujud dalam pelayanan kesehatan dan telah dilaksanakan oleh ketiga unsur yang telah dipaparkan di atas

[324]American College of Physicians, "Healthcare Transparency— Focus On Price And Clinical Performance Information : a policy paper", 2010, h.2, https://www.acponline.org/acp_policy/policies/healthcare_transparency_2010.pdf diakses pada 17 Agustus 2022.

yaitu oleh dokter, pasien, dan rumah sakit, maka perlu adanya suatu mekanisme pengawasan. Pemberian informasi yang transparan merupakan kewajiban dokter seperti jelas disebutkan di dalam peraturan perundang-undangan yang ada, misalnya UU praktik Kedokteran, UU Kesehatan, dan Permenkes Persetujuan Tindakan Kedokteran. Penjelasan ini harus diberikan baik diminta maupun tidak diminta, yang meliputi diagnosis saat ini dan diagnosis banding yang mungkin ada, tata cara tindakan kedokteran beserta tujuan tindakan itu dilakukan, risiko dan komplikasi apabila tindakan dilakukan atau tidak dilakukan, prognosis atau dapat juga dijabarkan sebagai kemungkinan keberhasilan maupun kegagalan, serta perkiraan pembiayaan yang harus dikeluarkan pasien. Meskipun seharusnya perkiraan pembiayaan bukan termasuk kewajiban dokter untuk menyampaikan kepada pasien melainkan termasuk kewajiban rumah sakit.

Sayangnya hingga saat ini tidak ada mekanisme yang jelas dalam pengawasan terhadap prinsip transparansi dalam relasi dokter dan pasien, meskipun bagi dokter sebagai pemberi layanan kesehatan telah dicantumkan unsur apa yang harus disampaikan dalam transparansi informasi. Tetapi apabila terjadi pelanggaran hingga saat ini masih sulit untuk mempunyai tolok ukur apakah transparansi telah dilaksanakan oleh dokter, kecuali jika telah timbul masalah hukum. Fungsi komite medis melalui peraturan internal staff medis masih belum memberikan pengawasan secara efektif terhadap pelaksanaan prinsip transparansi, meskipun seharusnya komite medis dapat melakukan audit medis secara berkala untuk memantau hal tersebut. Berdasarkan Pasal 11 angka (3) huruf (a) permenkes Komite Medis disebutkan bahwa untuk menjaga mutu staf medis dapat dilakukan audit medis.

Pada penjelasan Permenkes Komite Medis disebutkan bahwa audit medis yang dilakukan oleh rumah sakit adalah kegiatan evaluasi profesi secara sistemik yang melibatkan mitra bestari *(peer group)* yang terdiri dari kegiatan *peer-review, surveillance* dan *assessment* terhadap pelayanan medis di rumah sakit namun bukan dengan tujuan mencari kesalahan staf medis. Audit medis dapat diselenggarakan dengan melakukan evaluasi berkesinambungan *(on-going professional practice evaluation)*. Salah satu tujuan audit medis adalah menentukan level standar dan kriteria yaitu *must do* yang merupakan absolut minimum kriteria dan *should do* yang merupakan tambahan kriteria yang merupakan hasil penelitian yang berbasis bukti. Transparansi merupakan kriteria *must do* yaitu harus dilakukan oleh dokter dalam relasinya dengan pasien. Kriteria ini yang harus dipastikan dilaksanakan oleh staf medis serta diawasi dan dievaluasi dengan adanya sanksi apabila terdapat bukti tidak terlaksana dalam relasi dokter-pasien.

Pasal 30 PP Penyelenggaraan Perumahsakitan rumah sakit menyebutkan bahwa rumah sakit harus memberikan informasi tentang profil rumah sakit seperti telah dipaparkan pada bagian sebelumnya. Bentuk lain pengawasan terhadap prinsip transparansi oleh rumah sakit adalah kewajiban untuk melakukan akreditasi dan menyampaikan hasil tingkat akreditasi tersebut sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Pasal 14 angka (3) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit (selanjutnya disebut Permenkes Akreditrasi RS) menyebutkan bahwa rumah sakit yang telah memiliki status akreditasi dapat mencantumkan kata “terakreditasi” di bawah atau di belakang nama rumah sakitnya dengan huruf lebih kecil dan mencantumkan nama lembaga independen

penyelenggara akreditasi yang melakukan akreditasi, serta masa berlaku status akreditasinya. Pasal 21 Permenkes Akreditasi RS menyebutkan bahwa rumahsakit yang mencantumkan status akreditasi yang tidak sesuai atau palsu akan dikenakan sanksi sesuai peraturan peundang-undangan yang berlaku.

Berdasarkan Kepmenkes Standar Akreditasi RS, penyampaian informasi secara transparan merupakan bagian dari standar akreditasi yaitu pada bagian hak pasien dan keluarga yang mempunyai standar penilaian dalam akreditasi sebagai berikut :

a. Mengidentifikasi, melindungi, dan mempromosikan hak-hak pasien.
b. Menginformasikan pasien tentang hak-hak mereka.
c. Melibatkan keluarga pasien, bila perlu, dalam keputusan tentang perawatan pasien.
d. Mendapatkan persetujuan *(informed consent).*
e. Mendidik staf tentang hak pasien.

Saat ini menurut data dari kemetrian kesehatan pada bulan Desember 2021 Kementerian Kesehatan mencatat 3.120 rumah sakit telah teregistrasi. Sebanyak 2.482 atau 78,8% rumah sakit telah terakreditasi dan 638 rumah sakit atau 21,2% belum terakreditasi.[325] Oleh karena itu untuk mempercepat proses pemerataan akreditasi rumah sakit maka berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/6604/2021 tentang Lembaga Independen Penyelenggara

[325]Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, *Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit,* 2022, h.5.

Akreditasi Rumah Sakit maka saat ini ditetapkan lima lembaga penyelenggara akreditasi rumah sakit yaitu :

1. Lembaga Akreditasi Fasilitas Kesehatan Indonesia.
2. Lembaga Akreditasi Rumah Sakit Damar Husada Paripurna.
3. Lembaga Akreditasi Rumah Sakit.
4. Lembaga Akreditasi Mutu Keselamatan Pasien RS.
5. Lembaga Akreditasi Rumah Sakit Indonesia.

Untuk menjamin mutu dan standar akreditasi seluruh rumah sakit di Indonesia maka standardisasi akreditasi ini dibuat oleh kementrian kesehatan dengan ketentuan bahwa semua lembaga tersebut harus melaporkan rumah sakit yang telah dilakukan akreditasi kepada menteri melalui Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan. Selain itu Menteri melalui Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap Lembaga Independen Penyelenggara Akreditasi Rumah Sakit.

2.3.3 Relasi kausal-fungsional antara *informed consent* dengan prinsip transparansi

Hubungan dokter dan pasien pada literatur internasional disebut sebagai *doctor-patient relationship* atau *clinician-patient relationship*. Relasi dokter pasien dianggap istilah yangn paling sesuai dalam menggambarkan hubungan dokter dan pasien. Di dalam Black's Law Dictionary, *relationship* dikaitkan dengan *relative* yang mempunyai arti *"a person connected with another by blood or affinity, a*

person who is kind with another".[326] Jadi relasi mengacu pada hubungan baik karena kekerabatan. Sedangkan apabila memakai istilah *partnership,* maka artinya menjadi *"a voluntary association of two or more person who jointly own and carry on a business or profit"*.[327] Jadi istilah partnership akan lebih bernuansa bisnis dengan masing-masing pihak membawa kepentingan masing-masing bahkan untuk tujuan suatu keuntungan. Saat ini di dalam bidang hukum perdata banyak dipakai istilah trabsakti terapeutik, kontrak terapeutik, serta perjanjian terapeutik. Istilah transaksi atau *transaction* berarti :[328]

> *"the act or an instance business or other dealing esp.the formation, performance, or discharge a contract; something performed or carried out; a business agreement or exchange; any activity involving two or more persons; civil law; an agreement that is intended by the parties to prevent or end a disputeand in which they make reciprocal concessions"*.

Meskipun istilah transaksi identik dengan hubungan bisnis maupun kontrak tetapi perlu diingat pada relasi dokter dan pasien yang disebut sebagai transaksi terapeutik bukanlah murni seperti pada hubungan bisnis umunya dan dianggap mempunyai kesan yang lebih mengarah kepada hubungan baik kekeluargaan, di samping hubungan dokter dan pasien didasarkan pada ilmu kedokteran yang merupakan suatu seni bukan hanya sekedar ilmu, karena ilmu kedokteran memang berdasarkan pengetahuan dan proses belajar yang lama tetapi sebagai seni ilmu kedokteran bergantung pada masing-masing dokter dalam menerapkan ilmunya untuk

[326]Bryan Gradner, *Op.Cit*., h.4028.
[327]*Ibid*., h.3544
[328]*Ibid*., h.4467

mengobati pasiennya. Relasi dokter dan pasien disebutkan sebagai *"the heart of the medicine"*.[329]

Relasi dokter dan pasien meskipun bukan suatu transaksi layaknya bisnis pada umumnya tetapi sebetulnya merupakan suatu bentuk kontrak atau dapat disebut konrak medis. Sebagai suatu bentuk kontrak relasi dokter dan pasien dalam hal transaksi terapeutik memerlukan proses *informed consent*. Persetujuan tindakan kedokteran atau persetujuan tindakan medik yang dalam literatur internasional disebut dengan *informed consent* merupakan gabungan dari unsur etik dan hukum dalam bidang kesehatan. Meskipun seringkali di antara kedua hal ini mungkin didapatkan kajian yang berbeda. *The idea of informed consent* yang diutarakan oleh Jay Katz,[330] merupakan inti dari *informed consent* yaitu keputusan atas pelayanan kesehatan yang akan diterima seseorang setelah melalui suatu proses kolaborasi antara dokter dan pasien. Dalam hal ini juga berarti bahwa dokter terlibat secara aktif untuk mengajak pasien berdiskusi akan pilihan terapi dan juga menyampaikan informasi yang relevan kepada pasien dan atau keluarganya. Pandangan etik tentang *informed consent* merupakan perwujudan otonomi pasien sebagai individu yang yang dapat menentukan kesejahteraannya sendiri.

Secara hukum kajian tentang *informed consent* sering disebut sebagai *the legal doctrine of informed consent*. Di dalam sistem peradilan Amerika, melakukan *informed consent* merupakan hal yang wajib dilakukan sebelum dilakukan suatu tindakan oleh dokter. Proses *informed consent* terdiri dari dua hal yang terpisah

[329]Alexandros Sfakianakis, 'Medicine Is The Science And Art Of Healing', *Otolaryngology* 2016, 6:2 (Suppl), diakses pada ada 30 Januari 2022.

[330]Jessica W. Berg et al., *Informed Consent Legal Theory and Clinical Practice 2nd edition*, Oxford University Press, USA, 2001, h.11.

namun saling berhubungan dan merupakan kewajiban hukum dokter, yaitu memberikan informasi kepada pasien dan mendapatkan persetujuan pasien sebelum melakukan suatu terapi kepada pasien.[331] Pasien memandang *informed consent* sebagai perwujudan hak, sedangkan dokter memandangnya sebagai kewajiban. Pada kenyataannya *informed consent* merupakan tanggung jawab kedua belah pihak baik dokter maupun pasien.[332] Dokter bertanggung jawab untuk memberikan informasi yang sejelas-jelasnya kepada pasien karena dokter mempunyai pengetahuan yang lebih dalam bidang kesehatan. Proses pemberian informasi ini akan menghasilkan suatu keputusan sebagai bentuk otonomi pasien atau biasa disebut sebagai *shared decision making process*. Namun *informed consent* hanya merupakan salah satu bagian dari proses *shared decision making.*

Menurut pandangan Martin Pernick[333] seorang sejarawan dalam bidang kesehatan, kejujuran dokter kepada pasien akan membuat pasien berperan aktif dalam pengambilan keputusan yang menguntungkan kesehatan pasien. Penyampaian informasi yang adekuat dari dokter kepada pasien akan mengurangi tingkat kecemasan dan depresi pasien akibat kondisi kesehatannya, meningkatkan kedekatan dokter dan pasien, meningkatkan kepuasan pasien, dan memudahkan dokter memonitor gejala-gejala yang dialami pasien. Meskipun penyampaian informasi ini kadangkala dapat pula secara berlawanan kurang menguntungkan untuk kesehatan pasien. Peran dokter untuk membatasi informasi yang akan disampaikan kepada pasien diperlukan, yang disebut dengan *therapeutic privilege*

[331]*Ibid*, h.12.
[332]*Ibid*, h.15.
[333]*Ibid*, h.18.

atau *therapeutic nondisclosure*.[334] Dokter mempunyai kewenangan sebagai pengambil keputusan apa saja informasi yang layak disampaikan ke pasien demi kebaikan dan kesehatan pasien. Dalam kondisi ini paternalistik seakan berada di atas otonomi pasien, namun keduanya tidak layak dipertentangkan.

Prinsip otonomi mulai banyak dibicarakan sejak abad ke-19 oleh seorang filsuf yaitu Immanuel Kant. Menurut pandangan Kant,[335] keunikan manusia dibandingkan makhluk lain di dunia adalah kemampuannya untuk menyampaikan dan menentukan kehendaknya. Menghargai otonomi merupakan salah satu bentuk penghargaan terhadap martabat manusia. John Stuart Mill seorang filsuf utilitarianisme membuat persyaratan tambahan dalam menerapkan otonomi. Dalam karyanya On Liberty, Mill menuliskan :[336]

> *"the only freedom which deserve the name is that of oursuing our own good in our own way, so long as we do not attempt to deprive others of theirs or imoede their eeforts to obtain it. Each is the proper guardian of his own health, wether bodily or mental or spiritual. Mankind are greater gainers by suffering each other to live as seems good to themselves than by compelling each to live as seems good to the rest"*

Menurut Mill, kebebasan atau otonomi untuk kebaikan diri sendiri dapat diperoleh dengan cara kita sendiri selama kita tidak menghalangi upaya orang lain untuk mendapatkannya atau merampasnya dari mereka. Masing-masing orang adalah penjaga bagi kesehatan mereka sendiri baik mental maupun fisik. Otonomi menurut pandangan Mill adalah kebebasan dari tekanan luar, sedangkan menurut Kant otonomi lebih ditekankan pada kapasitas untuk menentukan bagi dirinya sendiri

[334] *Ibid*.
[335] *Ibid.*
[336] *Ibid.*

(self determination). Apabila seseorang mendapat informasi dan kesempatan yang adekuat maka mereka akan dapat menentukan sendiri kesejahteraannya. Kesempatan di sini dapat diartikan kesempatan untuk berdiskusi maupun bertanya dalam *proses shared decision making* dalam relasi dokter dan pasien.

Sebenarnya doktrin *informed consent* bukan merupakan hal yang baru dalam kedokteran modern. Pada abad ke-18 dalam sejarah hukum Inggris yaitu pada tahun 1767 (kasus *Slate v Baker and Stapleton*)[337], pasien merasa tidak mendapat informasi yang adekuat tentang tindakan yang akan dilakukan padanya yaitu dilakukan refrakturisasi (mematahkan kembali) tulangnya yang sedang dalam proses penyembuhan dalam suatu penelitian di bidang ortopedi. Pengadilan memutuskan terjadinya malpraktik karena dalam suatu penelitian tidak ada diskusi dan persetujuan pasien.[338] Kejadian lain pada tahun 1914 (kasus *Schloendorff v Society of New York Hospital*)[339], seorang pasien yang akan dilakukan tindakan diagnostik dengan pembiusan, ternyata dokter juga melakukan pengangkatan tumor yang menimbulkan komplikasi pada organ tubuhnya. Saat itu hakim Benjamin Cordozo memberikan komentarnya bahwa setiap orang dewasa dapat menentukan sendiri apa yang akan terjadi pada dirinya, dan dokter bedah yang tidak mendapatkan persetujuan dari pasien dianggap melakukan malpraktik apabila terjadi kerugian pada pasien akibat dari tindakannya,

> *"Every human being of adult years and sound mind has a right to determine what shall be done with his own body, and a surgeon who performs an*

[337]Slater v. Baker & Stapleton, 95 Eng. 860, 2 Wils. KB 359 (1767).

[338]Linda Farmer dan Ann Lundy, 'Informed Consent: Ethical and Legal Considerations for Advanced Practice Nurses', *The Journal for Nurse Practitioners*, Volume 13, Issue 2, February 2017, p.124-126 h.125, diakses pada pada 2 Januari 2002.

[339]Schloendorff v. Society of New York Hospital 105 N.E. 92, 211 N.Y. 125.

operation without the patient's consent commits an assault for which he is liable in damages"

Kasus *Schloendorff v Society of New York Hospital* menunjukkan bahwa mekipun dokter mengetahui yang terbaik bagi pasien, tetapi pasien tetap mempunyai hak untuk menentukan apa yang akan terjadi pada dirinya. Namun sebenarnya hal ini hanya dapat dimaklumi pada kondisi bukan kegawatdaruratan atau dalam keadaan tidak mengancam nyawa pasien. Dalam kondisi yang mengancam nyawa pasien dan membahayakan pasien, dokter seharusnya dapat menggunakan *therapeutic privilege* yang dimilikinya. Karena seharusnya prinsip otonomi bagaimanapun tidak berlaku mutlak, tetapi tetap mengedepankan prinsip *prima facie,* yaitu apa yang terbaik bagi pasien dapat dilakukan oleh dokter tanpa harus melakukan *informed consent* dan tanpa ada pertanggungjawaban hukum, asalkan dokter sudah melakukan sesuai standar prosedur operasional yang ada dan dokter dapat membuktikan bahwa kondisi yang dihadapi saat itu mengancam nyawa pasien, tetapi setelah tindakan dilakukan, dokter harus segera menjelaskan kepada pasien. Misalnya dokter bedah yang melakukan operasi tumor usus pada pasien, kemudian pada saat operasi ternyata didapatkan juga tumor kandungan yang melekat pada organ pencernaan (usus) tersebut. Tentunya langkah yang harus diambil saat itu adalah melakukan konsultasi kepada dokter kandungan di meja operasi. Apabila ternyata pada saat itu karena adanya penyulit misalnya suatu perlekatan pada pembuluh darah besar yang mengakibatkan perdarahan dan harus dilakukan pengangkatan kandungan pada pasien tersebut tanpa dilakukan *informed consent*, maka dokter bedah dan dokter kandungan tidak dapat dikatakan melakukan kesalahan asalkan mereka dapat membutktikan bahwa tindakan yang

dilakukan telah sesuai dengan prosedur, tindakan itu untuk menyelamatkan nyawa pasien, dan tindakan itu merupakan suatu risiko medis yang tidak dapat diperkirakan sebelumnya. Dokter bedah dan dokter kandungan harus segera menjelaskan sebab, tindakan yang dilakukan, kemungkinan yang akan terjadi, dan terapi lanjutan bagi pasien selanjutnya setelah operasi selesai atau setelah pasien telah siap umtuk menerima penjelasan baik secara fisik maupun mental, sebagaimana tertuang pada Pasal 4 Permenkes Persetujuan Tindakan Kedokteran.

Pada tahun 1955, mahkamah agung North Carolina menegaskan bahwa kegagalan dokter bedah dalam menjelaskan risiko operasi merupakan suatu bagian dari kesalahan dokter bedah.[340] Pada kasus *Salgo v Leland Stanford Junior University Board of Trustee*,[341] pengadilan California yang merupakan bagian dari North Carolina menetapkan bahwa dokter mempunyai kewajiban akan keterbukaan. Masa ini merupakan titik awal berubahnya prinsip *informed consent* bukan hanya sekedar menitikberatkan pada kebebasan pasien tetapi lebih menekankan pada kebutuhan akan informasi yang harus diberikan pada pasien terutama mengenai risiko dan keuntungan terapi yang akan diterima pasien. Pada kasus *Salgo*, dokter dianggap tidak memberikan informasi yang terbuka tentang tindakan translumbar aortografi yang akan dilakukan pada pasien hingga menyebabkan kecacatan pada pasien meskipun kejadian itu sangat jarang terjadi.[342]

Keterbukaan informasi seorang dokter terbatas pada keterbukaan yang dilakukan oleh dokter pada umumnya pada kondisi yang sama. Dapat dikatakan

[340]Jessica W Berg, *Op.Cit*, h.44.
[341]Salgo v Leland Stanford Jr University Board of Trustees 154 Cal. App. 2d 560 (Cal. Ct. App. 1957).
[342]Jessica W Berg, *Op. Cit*, h.44.

bahwa keterbukaan ini mengacu pada standar profesi medis pengalaman seperti dokter lain pada kelompok yang sama dengan keadaan yang sama sesuai dengan tujuan pengobatannya.[343] Berdasarkan Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 12 Tahun 2012 tentang Standar Kompetensi Dokter Indonesia, lulusan dokter harus mempunyai kompetensi dalam hal komunikasi efektif yang salah satu unsurnya adalah menyampaikan informasi yang terkait kesehatan (termasuk berita buruk, *informed consent*) dan melakukan konseling dengan cara yang santun, baik dan benar. Beberapa standar keterbukaan informasi dalam *informed consent* yang sering digunakan adalah :[344]

1. Standar profesional *(reasonable physician standard)*, standar keterbukaan ini berasal dari dokter sendiri. Dokter harus dapat menilai apakah keterbukaan informasi yang dilakukan sudah sesuai dengan standar profesional kedokteran. Kelemahan dari standar ini adalah kurang berfokus pada keterbukaan yang bagaimana yang diperlukan oleh pasien.
2. Standar subjektif, standar ditentukan oleh faktor pasien yang bersangkutan yang tentunya akan berbeda pada pasien yang berbeda. Ukuran informasi dan cara penyampaian oleh dokter akan berbeda tergantung dari kondisi pasien tertutama tingkat pemahaman pasien.
3. Standar objektif, atau sering disebut standar pasien yang rasional *(reasonable patient standart)*. Standar ini menitikberatkan pada kondisi pasien sebagai manusia yang rasional bukan terfokus pada perbedaan kondisi pasien dan

[343]J Guwandi, *Dokter, Pasien, dan Hukum*, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 2007, h.39

[344]Munir Fuady, *Sumpah Hippocrates (Aspek Hukum Malpraktik Dokter)*, Citra Aditya Bakti, Bandung, 2005, h.73

penyakitnya, artinya digunakan patokan sejauh mana pasien sebagai manusia yang rasional dalam posisi dan keadaan penyakitnya memerlukan dan memahami informasi sehingga dapat mengambil keputusan.

4. Standar campuran, yang dianggap sebagai jalan tengah dengan menggunakan berbagai variasi.

Beberapa hal yang harus disampaikan secara terbuka pada pasien disebut dengan *elements of disclosures*, minimal meliputi sebab dan tujuan terapi, keuntungan dan risiko, serta alternatif lain yang tersedia. Prinsip dalam pemberian informasi adalah seberapa banyak informasi ini harus diberikan secara terbuka kepada pasien, *too much information can be as harmful as too little*.[345]

Transparansi dalam proses pemberian informasi kepada pasien yang diwujudkan dalam proses dan penandatangan *informed consent* harus ditekankan pada standar pasien bukan standar dokter yang menyampaikannya. Artinya standar yang dimiliki dokter adalah standar keterbukaan informasi apa saja yang harus dibuka kepada pasien, seperti halnya tercantum di dalam UU Praktik kedokteran dan Permenkes Persetujuan Tindakan Kedokteran yang meliputi diagnosa dan tata cara tindakan, tujuan tindakan, alternatif lain dan risikonya, risko dan komplikasi, prognosis, dan pembiayaan. Sedangkan standar pasien tidak dapat disamakan pada setiap pasien karena sangat tergantung pada kondisi fisik dan mental pasien terkait penyakitnya. Transparansi sebagai suatu proses dalam *informed consent*, tentunya terwujud dalam proses komunikasi antara dokter dan pasien yang dimulai sejak

[345]Jessica W Berg, *Op. Cit*, h.53.

pasien bertemu dokter, dokter menjelaskan penyakit, tindakan, kemungkinan risiko dan lain-lain, hingga dokter selesai melakukan perawatan medis terhadap pasien.

2.3.4 Prinsip Transparansi dan *Informed Consent* di Beberapa Negara

Informed Consent merupakan perwujudan hak asasi manusia untuk menentukan atau membuat keputusan bagi dirinya sendiri *(right to self determination)*. Pada tahun 1948 merupakan awal mula pergerakan hak-hak manusia dengan adanya *Universal Declaration of Human Rights (UDHR*) yang dikeluarkan oleh PBB meskipun saat itu belum menjadi suatu pedoman yang mengikat. Barulah pada 20 tahun kemudian diterbitkan *International Covenant on Civil and Political Rights (ICCPR)* dan *International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights (ICESCR)* yang merupakan hukum internasional yang mengikat.

UDHR hingga saat ini masih relevan dipakai sebagaimana saat diterbitkan pertama kali pada tahun 1948. Telah menjadi kesepakatan bersama bahwa seluruh makhluk hidup dilahirkan bebas serta setara dalam hal hak dan martabat, seperti tercantum dalam artikel 1 UDHR *"All human beings are born free and equal in dignity and rights.*[346] ICCPR yang dikeluarkan oleh PBB pada tahun 1966 dan secara resmi ditetapkan untuk dipakai oleh negara-negara di dunia pada 1976 pada artikel 9 menyebutkan hak atas kebebasan dan keamanan *(right to liberty and security)* serta pada artikel 19 menyebutkan adanya kebebasan untuk berpendapat

[346]"*Universal Declaration of Human Right"s,* United Nation, 2015, https://www.un.org/en/udhrbook/pdf/udhr_booklet_en_web.pdf, diakses pada 3 Maret 2022.

(freedom of expression). ICCPR tidak hanya mengatur hak atas kesehatan secara adil, tetapi pada beberapa artikel tersebut juga dikaitkan dengan proses *informed consent* yakni menyatakan hak setiap orang bukan hanya kebebasan untuk berpendapat, tetapi juga untuk mencari dan mendapatkan informasi yang akan mewujudkan kebebasannya untuk menentukan pilihan bagi dirinya yang aman dengan tidak mengesampingkan kerahasiaan seperti halnya tercantum dalam artikel 18 *(rights of privacy)*.[347]

Pada tahun yang sama dengan ICCPR, PBB juga menetapkan ICESR yang juga menekankan hak akan kesehatan dengan standar setinggi-tingginya pada artikel 12 *(the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health)* bukan hanya ketersediaannya, dapat diakses tetapi juga dapat diterima masyarakat dan berkualitas *(availability, accessibility, acceptability, and quality)* serta adanya hak untuk menentukan bagi dirinya sendiri *(right to self determination)* seperti yang tercantum pada artikel 1. Bila dikaitkan dengan proses *informed consent*, unsur *accessibility* dapat diartikan adanya informasi yang tersedia secara memadai bagi penerima layanan kesehatan. Unsur *acceptability* dimaksudkan adalah proses pemberian layanan kesehatan juga harus memperhatikan etika dan budaya setempat termasuk dalam hal penyampaian informasi. Demikian juga halnya dengan penghargaan terhadap martabat manusia sebagai penerima layanan kesehatan haruslah diutamakan.[348]

[347]WHO, "Health and Human Rights International Covenant on Civil and Political Rights", *https://www.who.int/hhr/Civil_political_rights.pdf* diakses pada 5 Maret 2022.

[348]WHO, "Health and Human Rights", *International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights*, https://www.who.int/hhr/Economic_social_cultural.pdf diakses pada 5 Maret 2022.

Informed consent berkaitan dengan proses pengambilan keputusan oleh pasien. Menurut *Guidance on Professional Standards and Ethics for Doctors Decision Making and Consent*, yang dikeluarkan oleh *General Medical Council 2020,* terdapat tujuh prinsip dalam pengambilan keputusan :[349]

1. Semua pasien mempunyai hak untuk terlibat dalam pengambilan keputusan terhadap terapi dan perawatan dan harus didukung dalam membuat keputusan berdasarkan informasi apabila memungkinkan.
2. Pengambilan keputusan adalah suatu proses yang berkesinambungan yang berfokus pada komunikasi, pertukaran informasi yang relevan dan spesifik bagi masing-masing pasien.
3. Semua pasien mempunyai hak untuk didengarkan serta diberikan informasi yang mereka butuhkan untuk mengambil keputusan serta harus diberikan waktu yang cukup untuk memahaminya.
4. Dokter harus berusaha menemukan permasalahn pasien, sehingga dokter dapat membagikan informasi yang sesuai tentang menfaat dan kemungkinan bahaya dari tindakan yang ditawarkan serta memberikan alternatif tindakan yang rasional bahkan termasuk pilihan apabila tidak dilakukan tindakan sama sekali.
5. Dokter harus mempunyai asumsi bahwa semua pasien dewasa mempunyai kapasitas untuk membuat keputusan terhadap terapi dan perawatan. Seorang pasien hanya dapat ditentukan tidak mempunyai kapasitas untuk mengambil

[349]General Medical Council, "Guidance on Professional Standards and Ethics for Doctors Decision Making and Consent", h.7, www.gmc-uk.gov diakses pada 3 januari 2022.

keputusan setelah melalui suatu pemeriksaan yang sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

6. Pilihan terapi atau perawatan bagi pasien yang tidak mempunyai kapasitas untuk menentukan harus didasarkan pada manfaat, dan keputusan harus dibuat setelah dilakukan konsultasi dengan orang yang mempunyai hubungan dengan dengan mereka atau yang mempunyai hak untuk mewakilinya.
7. Pasien yang hak untuk mengambil keputusannya dipengaruhi oleh hukum harus didukung dalam pengambilan keputusan dan penentuan pilihan apabila memungkinkan.

Informed consent bukan hanya sekedar pengisian lembar persetujuan tindakan kedokteran, tetapi merupakan suatu proses dalam mengisi form *informed consent* tersebut secara lengkap termasuk tanda tangan oleh pihak yang berwenang dan diakhiri dengan pendokumentasian *informed consent* dengan baik. Terdapat tiga elemen dalam proses *informed consent*, yaitu : [350]

1. Kapasitas *(capacity)*, semua pasien dewasa diaggap kompeten untuk melakukan informed consent kecuali terbukti tidak
2. Keterbukaan *(disclosure)*, semua pasien harus mendapat informasi secara cukup dan memadai, memahami informasi yang telah diberikan sebelum mereka memberikan persetujuan. Seberapa banyak informasi yang akan diberikan disesuaikan dengan keinginan pasien, kesulitan tindakan yang akan

[350] T Thirumoorthy, 'Consent in Medical Practice 1 : Understanding the Concepts behind the Practice', *SMA News*, June 2013, https://www.sma.org.sg/UploadedImg/files/Publications%20-%20SMA%20News/4506/CMEP.pdf diakses pada 2 Februari 2022.

dilakukan, manfaat tindakan, kemungkinan dan tingkat keparahan yang mungkin terjadi apabila terjadi komplikasi

3. Kesukarelaan *(voluntariness)*, persetujuan harus diberikan secara bebas, tanpa ada tekanan, penyalahgunaan keadaan atau paksaan oleh keluarga, teman, pemberi kerja, asuransi, maupun pemberi layanan kesehatan.

Perkembangan doktrin *informed consent* dibeberapa negara prinsipnya adalah sama yaitu dokter harus memberikan informasi yang cukup pada pasien sehingga pasien dapat membuat keputusan yang rasional. Beberapa contoh prinsip transparansi dan perkembangan *informed consent* yang akan dipaparkan disini adalah di Belanda, Amerika Serikat, dan Malaysia.

a. Belanda

WHO sejak tahun 1998 mempopulerkan istilah *patient empowerment*, atau yang dalam Bahasa Indonesia dapat diterjemahkan sebagai pemberdayaan pasien. Arti *patient empowerment* menurut WHO adalah "*a process through which people gain greater control over decisions and actions affecting their health"*.[351] Jelaslah di sini bahwa pasien mempunyai peranan yang besar dalam pengambilan keputusan akan tindakan yang berpengaruh pada kesehatannya. Pada awalnya hal ini dimulai sejak adanya kemajuan teknologi informasi. Terdapat tujuh unsur pokok dari pemberdayaan pasien yaitu :[352]

1. Informasi, merupakan dasar dari pemberdayaan pasien. Pasien akan dapat membuat keputusan apabila mendapat informasi yang tepat. Informasi yang

[351]Marie Ennis-O Connor, 'What Does It Mean To Be An Empowered Patient?', *Patient Empowerement Network*, May 22, 2018, https://powerfulpatients.org/2018/05/22/what-does-it-mean-to-be-an-empowered-patient/ diakses pada 6 Januari 2022.

[352]*Ibid.*

tepat maksudnya adalah informasi yang akurat, komunikasi yang jelas, dengan tersedianya ruang untuk berdiskusi. Pada prinsipnya *the right information, at the right time, and delivered in the right way* akan mendorong peran aktif pasien dalam mengambil keputusan. Pemberdayaan pasien ditandai dengan transparansi informasi dan adanya akses terhadap rekam medis pasien.

2. Literasi kesehatan, menurut *National Library of Medicine* arti *health literacy adalah "the degree to which individuals have the capacity to obtain, process, and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions."* Dokter harus mempunyai waktu yang cukup untuk melakukan transfer pengetahuan dengan pasien.
3. Literasi digital, misalnya melalui grup diskusi pasien di dunia maya.
4. *Self-efficacy*, kemampuan seseorang untuk melakukan perubahan untuk tujuan kesehatan individunya.
5. Menghargai satu sama lain *(mutual respect)*, yang didasari adanya kesetaraan kedudukan dokter dan pasien. Masing-masing pihak menyadari bahwa relasi yang ada bukan berdasarkan perintah tetapi merupakan suatu hubungan timbal balik *(reciprocal process)* untuk menentukan pilihan yang didasari adanya keseimbangan antara pengetahuan dokter dan preferensi pasien.
6. Mengambil keputusan bersama *(shared decision making)*, dokter menyampaikan informasi yang aktual berdasarkan bukti (*evidence-based information)*, keuntungan dan kerugian tindakan atau terapi, sehingga pasien dapat menentukan pilihan.
7. Lingkungan yang mendukung.

Suatu penelitian di Belanda yang dilakukan selama bulan Maret-April 2019 pada beberapa rumah sakit pendidikan dan rumah sakit non pendidikan kepada 350 dokter dan 99 pasien dalam rangka pemberdayaan pasien terkait kebijakan *"open notes"* yaitu kebijakan membagikan hasil kunjungan atau visit dokter kepada pasien. Hasilnya adalah 77% pasien mendukung kebijakan ini, sedangkan sebaliknya 75,9% dokter tidak mendukungnya. Sebanyak 60% pasien menghendaki catatan visit dokter dituliskan dalam bahasa awam, sedangkan 60,1% dokter keberatan untuk mengganti gaya bahasa dalam catatannya. Para dokter beranggapan dengan membaca catatan visit dokter justru akan membingungkan pasien, dan dengan mengubah gaya bahasa dalam catatan tersebut akan menghambat komunikasi dokter dengan sejawatnya. Sedangkan dari pihak pasien beranggapan dengan membaca catatan hasil kunjungan dokter mereka akan lebih mudah memahami kondisi kesehatannya dan lebih mudah mengingat akan pesan yang disampaikan dokter.[353]

Hukum Belanda menentukan bahwa pasien dapat meminta salinan rekam medis apabila pasien meminta. Beberapa rumah sakit mulai memberlakukan akses secara elektronik tentang perkebangan atau kondisi kesehatannya dan hasil pemeriksaan laboratorium pasien. Masih perdebatan apakah catatan dokter saat melakukan kunjungan pasien termasuk yang dapat diakses pasien. Catatan kunjungan dokter atau yang disebut *doctors' free-text visit notes* biasanya terdiri dari catatan observasi dokter, hasil pemeriksaan, diagnosa, serta rencana terapi

[353]Sharon L Janssen, Nynke Venema-Taat, dan Stephanie Medlock, 'Anticipated Benefits and Concerns of Sharing Hospital Outpatient Visit Notes With Patients (Open Notes) in Dutch Hospitals: Mixed Methods Study', *J Med Internet Res* 2021;23(8):e27764,h.1, diakses pada dari https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8387887/ diakses pada 7 januari 2022.

selanjutnya.[354] Dari penelitian ini didapat alasan dokter menolak catatan kunjunganya diberikan kepada pasien dengan alasan :

1. Membingungkan dan berisiko membuat pasien cemas.
2. Pasien dianggap tidak akan mengerti isi tulisan dokter.
3. Tidak semua informasi relevan untuk diketahui pasien.
4. Dokter tidak selalu atau mungkin belum memberitahukan apa yang ditulis dalam catatan tersebut.
5. Beberapa informasi kemungkinan hanya berguna bagi kolega dokter.
6. Dokter mengharapkan pertanyaan lebih banyak dari pasien
7. Membuat catatan yang akan dibaca pasien dengan Bahasa awam akan menyita lebih banyak waktu.
8. Catatan dokter tersebut adalah catatan pribadi dokter.

Namun beberapa dokter yang menyetujui kebijakan ini beranggapan bahwa dengan membagikan hasil catatan kunjungan ini akan membuat pasien lebih memahami informasi yang disampaikan dokter dan akan meningkatkan hubungan yang baik dalam relasi dokter dan pasien.

Kementrian kesehatan Belanda pada tahun 2000 membuat program *e-transparency* melalui *Dutch National Health Portal.* Tujuan *e-transparency* adalah agar konsumen kesehatan dapat membuat perbandingan dari penyedia layanan kesehatan sehingga mereka dapat membuat pilihan. Pada tahun 2001 kementrian kesehatan juga mengeluarkan kebijakan *"choosing in care"*, yang didasari dengan keyakinan bahwa konsumen yang terinformasi dengan baik merupakan faktor yang

[354]*Ibid*., h.3.

penting dalam perubahan sistem pelayanan kesehatan. Di sini ditampilkan kualitas pelayana dalam bentuk *"quality cards"* berupa penilaian angka 0-5.[355]

Perdebatan tentang transparansi tidak pernah berakhir, diantaranya adalah pertentangan antara kepercayaan dan keterbukaan. Di samping itu transparansi seringkali dianggap sebagai ancaman bagi privasi. Demikian juga halnya dengan *computer-mediated transparency*, yang dianggap masih memiliki risiko terjadinya mis-informasi dibandingkan dengan transparansi yang dilakukan secara langsung. O'Neill berpendapat *secrecy and lack of transparency may not be the enemies of trust*, sehingga untuk menghasilkan kepercayaan maka diperlukan transparansi.[356]

NBW buku ke-7 mulai Pasal 7:448 dijabarkan hal-hal yang berhubungan dengan transparansi informasi dokter dan pasien, yaitu :

a. *The provider of care shall inform the patient clearly and, if so requested, in writing about the intended examination and the proposed treatment, and about the developments regarding the examination, treatment and state of health of the patient. The provider of care shall inform a patient, who has not yet reached the age of twelve years, in such a manner as befits his mental capacity.*
b. *In the performance of the obligations laid down in paragraph 1, the provider of care shall be guided by what the patient should reasonably know regarding:*
   (a) the nature and purpose of the examination or the treatment which he considers necessary, and of the acts to be performed;
   (b) the results which are to be expected and the risks thereof for the health of the patient;
   (c) alternative methods of examination or treatment which may be considered;

[355]Hans C. Ossebaard, Lisette van Gemert-Pijnen, dan Erwin R. Seydel, 'Technology for Transparency: The Case of the Web-Based Dutch National Health Portal', *Article in Policy and Internet*, Volume 4, Issue 2, 2012, Article 8, https://www.semanticscholar.org/paper/Technology-for-Transparency%3A-The-Case-of-the-Dutch-Ossebaard-Gemert-pijnen/a54b96cd72bbb8e31dae1913c4016c7f37512f92 diakses pada 7 januari 2022.

[356]Albert Meijer, 'Understanding Modern Transparency', *International Review of Administrative Sciences*, Vol 75(2):255–269 [DOI:10.1177/0020852309104175], dari http://ras.sagepub.com/content/75/2/255.full.pdf diakses pada 7 januari 2022.

(d) the state of and prospects with regard to the patient's health inasmuch as it concerns the field of examination or treatment.

c. *The provider of care may only keep the information concerned from the patient to the extent that giving it would clearly cause serious harm to the patient. If the interest of the patient so requires, the provider of care must give the relevant information to a person other than the patient. The information shall be given to the patient later, as soon as the harm referred to is no longer to be feared. The provider of care shall not use his power referred to in the first sentence until after he has consulted another provider of care in respect thereof*

Pemberi layanan kesehatan harus memberikan informasi kepada pasien kecuali informasi tersebut membahayakan kesehatan pasien. Informasi itu meliputi tujuan pemeriksaan dan terapi, termasuk risiko yang mungkin timbul. Pada Pasal 7:456 NBW disebutkan tentang hak pasien untuk mendapatkan salinan rekam medis :

If so requested, the provider of care shall as soon as possible permit the patient to inspect the records referred to in Article 454 and shall give him copies. The foregoing shall not apply to the extent required in the interest of the protection of the privacy of another person. The provider of care may charge a reasonable fee for the provision of copies

Mencermati paparan di atas nampak jelas bahwa di negara Belanda, transparansi informasi dalam hubungan pasien dan dokter dianggap sangat penting karena akan sangat menentukan pengambilan keputusan oleh pasien. Meski pengambilan keputusan ini tidak hanya bergantung pada otonomi pasien tetapi sangat bergantung pada kejelasan informasi yang diberikan oleh dokter. Aturan yang ada di Belanda dalam bentuk NBW sudah memberi pedoman tentang hal tersebut. Perihal keterbukaan dalam arti *disclosure*, juga sudah banyak dilakukan di Belanda misalnya dengan memberikan informasi tentang kualitas pelayanan kesehatan dari penyedia layanan kesehatan. Dengan adanya informasi ini maka pasien akan dapat menentukan pilihan layanan kesehatan mana yang akan dipilihnya.

Sama halnya dengan yang terjadi di negara lain, di Belanda apabila *informed consent* tidak terlaksana dengan baik maka tergolong sebagai malpraktik dan pelanggaran disiplin yang dilaporkan kepada M*edical Disciplinary Board (MDB).*[357] Hasil analisis yang dilakukan oleh MDB penyebab terjadinya tuntutan tersebut adalah perilaku dokter dalam komunikasi dan kurangnya dokumentasi dalam berkas medis pasien.[358] Pada tahun 2016 di Belanda dibentuk satu institusi baru yang disebut *dispute committees*, yang bekerja di bawah regulasi the *Dutch Quality, Complaints, and Disputes in Health Care Act ('Wet Kwaliteit Klachten en Geschillen Zorg' or Wkkgz)*. Pada tahun 2019 komite ini menerima laporan keluhan sebanyak 627 kasus dan sebanyak 424 kasus dapat diselesaikan hingga saat ini. Kasus terbanyak berhubungan dengan perawatan di rumah sakit, perawatan oleh dokter umum, dan perawatan kesehatan jiwa, dengan total jumlah klaim sebesar 50 hingga 5400 euro, meskipun tidak ada data yang pasti terkait jumlah ini.[359]

Kontrak medis antara dokter dan pasien secara khusus ditulis dalam buku 7 NBW. Pada Pasal 7:446 NBW disebutkan definisi *medical treatment agreement* adalah :

> *"the agreement under which a natural or legal person ('the care provider') engages himself in the course of his medical professional practice or medical business towards another ('the principal') to carry out (perform) medical actions which directly affect the principal personally or a specific*

[357]M.M. Veermana, L.A. van der Woudea, and M.A. Tellier, 'A Decade Of Litigation Regarding Surgical Informed Consent In The Netherlands', *Patient Education and Counseling* 102, 2019 340–345, h. 341 https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399118306256?via%3Dihub diakses pada 20 April 2022.

[358]*Ibid.,* h.342.

[359] Rachel I. Dijkstra et al., 'Medical Dispute Committees in the Netherlands: a qualitative study of patient expectations and experiences', *BMC Health Services Research* (2022) 22:650, https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-022-08021-2.pdf diakses pada 16 Mei 2022.

third party. The person who is directly affected by the medical actions is referred to as 'the patient'.''

Pasal 7:448 NBW secara khusus memaparkan tentang *informed consent* terutama dalam hal kewajiban pemberian informasi. Pemberi layanan kesehatan harus memberikan informasi secara jelas kepada pasien, dan apabila diminta secara tertulis, mengenai tujuan pemeriksaan dan terapi, perawatan dan tingkat kesehatan pasien, bahkan pada pasien dengan usia belum mencapai 12 tahun tetap harus dilakukan dengan mempertimbangkan kapasitas mentalnya. Pemberian informasi meliputi :

1. Tujuan pemeriksaan atau tindakan yang dianggap perlu serta akan dilakukan.
2. Hasil yang diharapkan dan risiko yang mungkin akan berpengaruh pada kesehatan pasien.
3. Metode alternatif yang memungkinkan.
4. Kemungkinan tingkat kesehatan pasien dari tindakan tersebut

Perlu diingat bahwa pemberi layanan kesehatan hanya memberikan informasi sejauh tidak membahayakan pasien. Apabila pasien tidak menginginkan mendapatkan informasi maka dapat diberikan pada orang lain yang ditunjuk pasien, namun informasi tetap harus diberikan kepada pasien saat pasien sudah siap menerima informasi tersebut, kecuali pasien memang tidak menghendaki mendapat informasi tersebut seperti halnya tercantum dalam Pasal 7:449 NBW.

Pasal 7:447 NBW membahas tentang kompetensi bahwa anak sudah berusia 16 tahun dapat melakukan perjanjian medis. Pada usia tersebut seseorang sudah dianggap kompeten untuk melakukan perbuatan hukum termasuk di pengadilan asalkan berkaitan dengan kesehatan atau perjanjian medis. Kompetensi ini tidak

berkaitan dengan dengan kewajiban atau kesediaan orang tua dalam hal pembiayaan. Pada pasien usia lebih dari 12 tahun tetapi belum mencapai 16 tahun masih diperlukan tanggung jawab orang tua atau walinya. Namun demikian dapat dilakukan tindakan tanpa persetujuan orang tua atau wali hanya jika tindakan tersebut bertujuan untuk menghindari akibat buruk pada pasien atau apabila pasien sendiri setelah suatu pertimbangan yang sangat jelas tetap menginginkan dilakukan tindakan tersebut meskipun sebelumnya telah dilakukan penolakan tindakan (Pasal 7:450 NBW).

Bentuk perjanjian bisa tertulis atau tidak tertulis namun sesuai Pasal 7:451 NBW, apabila pasien menginginkan *informed consent* tersebut dibuat dalam bentuk tertulis maka dokter wajib untuk membuatnya. Pasien juga mempunyai kewajiban untuk memberikan informasi kepada dokter tentang kondisinya seperti halnya tercantum di dalam Pasal 7:452 NBW. Kondisi tersebut sebatas pengetahuan pasien yang paling baik sebagai bentuk kerja sama dengan dokter sehingga dokter dapat melaksankan terapi pada pasien. Data yang berkaitan dengan kesehatan pasien harus dimasukkan dalam berkas rekam medis pasien serta harus disimpan selama 10 tahun sejak ditulis (Pasal 7:454 NBW). Pada Pasal 7:466 NBW menyebutkan bahwa pada kondisi kegawatdaruratan dapat dilakukan tanpa *informed consent* hanya untuk mencegah timbulnya cedera yang lebih serius.

b. Amerika Serikat

Semakin banyaknya layanan kesehatan di Amerika Serikat tidak menjamin kualitas pelayanan yang lebih baik. Hal ini disampaikan oleh Frederico C

Guanais[360], seorang ahli dalam kebijakan dan perencanaan keseharan Brasil. Menurutnya dpada data yang didapatkan di 6 negara Amerika Latin (Brazil, Colombia, El Salvador, Jamaica, Mexico, dan Panama), 40% pasien berpendapat bahwa dokter tidak meluangkan cukup waktu dengan pasien, 26% persen pasien berpendapat bahwa dokter tidak menjelaskan dengan bahsa yang mudah dimengerti oleh pasien, dan 36% berpendapat bahwa dokter tidak mengulang kembali tentang terapi yang diberikan termasuk efek samping yang mungkin timbul. Didapatkan juga data bahwa sistem *universal health coverage* tidak menjamin kualitas kesehatan yang diterima masyarakat.[361]

Transparansi merupakan komponen utama sebagai pendukung terwujudnya efektivitas dan efisiensi pelayanan kesehatan. Tumbuhnya transparansi di Amerika Serikat didasari oleh berubahnya pola pikir konsumen kesehatan dalam memilih layanan kesehatan berdasarkan harga dan kualitas, sehingga mereka membutuhkan informasi tersebut. Selain itu dibentuknya undang-undang tentang pelayanan kesehatan yang terjangkau *(The Affordable Care Act)* membuat masyarakat mengutamakan pelayana kesehatan dengan biaya rendah dan kualitas baik. Unsur-unsur utama dalam transparansi di bidang kesehatan meliputi penyedia layanan kesehatan, asuransi kesehatan, rumah sakit, farmasi, dokter, terapi yang diberikan, serta fasilitas pelayanan lain. Keterbukaan dalam hal harga dan kualitas pelayanan kesehatan harus diinformasikan seusai standar yang sama.[362] Keterbukaan

[360]Frederico C Guanais, 'Patient Empowerment Can Lead To Improvements In Health-Care Quality', *Bull World Health Organ* 2017 ; 95 : 489–490, h. 489 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5487978/ diakses pada 7 Januari 2022.

[361]*Ibid.*

[362]Steve Wetzell, 'Transparency : a needed steps towards health care affordability', March 2014 Study, *American Health Policy Institute,* 2014, h.3.

informasi dalam hal harga, asuransi, dan kualitas pelayanan kesehatan di Amerika Serikat seharusnya mulai diikuti oleh transparansi di dalam hubungan dokter dan pasien, karena adanya kesenjangan informasi yang akan selalu ada di antara kedua pihak.[363]

Makin berkembangnya teknologi dalam bidang kesehatan berpotensi akan menjadikan biaya pengobatan semakin tinggi, sehingga sangat diperlukan pertimbangan yang cermat teknologi yang mana yang sesuai untuk pasien *(which healthcare services should be used in which patients and under what circumstance)*. Banyak rumah sakit di Amerika Serikat menggunakan sistem *Cost Effectivenes Ananylis (CEA)* untuk meningkatkan efisiensi melalui penekanan biaya tanpa mengurangi kualitas pelayanan kesehatan. CEA adalah suatu metode untuk mengevaluasi hasil dari suatu pelayanan kesehatan yang satu dibandingkan dengan yang lain.[364]

Saat ini di Amerika Serikat telah sering dilakukan penilaian konsumen *(rating)* secara online termasuk dalam hal kesehatan. Suatu penelitian mendapatkan bahwa 94% konsumen akan lebih loyal terhadap suatu produk apabila ada unsur transparansi. 85% warga Amerika Serikat mengatakan bahwa mereka akan memilih suatu produk atau pelayanan apapun untuk pertama kali berdasarkan penilaian online *(online review)*. Demikian juga dalam memilih dokter, 70% responden

[363]J. Michael McWilliams, 'Information Transparency for Health Care Consumers: Clear, but Effective?', *J Gen Intern Med* 28(11):1387–8, h.1388, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3797351/ diakses pada 7 Januari 2022.

[364]John Santa, 'Transparency in The Cost of Care', in Pierre L. Young and LeighAnne Olsen, *The Healthcare Imperative: Lowering Costs and Improving Outcomes: Workshop Series Summary*, Roundtable on Evidence-Based Medicine; Institute of Medicine, The National Academies Press, 2010, h.335, http://elibrary.pcu.edu.ph:9000/digi/NA02/2011/12213.pdf diakses pada 2 Januari 2022.

mengatakan memilih berdasarkan *online review*. Penilaian secara online ini masih menimbulkan kontroversi karena membawa keuntungan dan kerugian meskipun diyakini hal ini akanmembawa dampak peningkatan kualitas layanan kesehatan. Masih banyak dokter yang beranggapan bahwa penilaian tersebut masih bersifat subjektif dan tidak mewakili pendapat yang lain, karena dalam memberikan informasi kepada pasien terkadang seorang dokter harus menyampaikan informasi yang mungkin tidak ingin didengar pasien. Pasien seringkali juga akan memberikan penilian negatif terhadap dokter yang menolak memberikan pengobatan tertentu, misalnya antibiotika atau obat nyeri kuat tanpa dasar yang jelas.[365]

The Internet of Things (IoT) yaitu suatu sistem nirkabel yang menghubungkan perangkat digital yang dapat mengumpulkan, mengirimkan, dan menyimpan data melalui jaringan tanpa memerlukan interaksi antar manusia atau antar manusia dan perangkat computer. *IoT* berguna untuk mengetahui masalah kesehatan, diagnosis penyakit, monitor pasien baik di dalam maupun di luar rumah sakit. Semakin banyak negara yang menggunakan *IoT* dalam pelayanan kesehatan terutama di masa pandemi Covid-19. *IoT* diyakini akan meningkatkan efektivitas dan efisiensi pelayanan kesehatan. Namun masih perlu diperhatikan masalah yang mungkin timbul terkait menejemen data serta kerahasiaan pasien. Sehingga masih perlu dipertegas regulasi yang mengaturnya.[366]

---

[365]Elyria Kemp et al., 'Information Transparency: Examining physicians' perspectives toward online consumer reviews in the United States', *Article in International Journal of Healthcare Management* , February 2020, https://www.tandfonline.com/loi/yjhm20, diakses pada 7 Januari 2022.

[366]Jaimon T Kelly et al., 'The Internet of Things: Impact and Implications for Health Care Delivery', *J Med Internet Res* 2020;22(11):e20135, https://acola.org/acola-iot-input-paper_the-state-of-iot-in-healthcare_kelly-campbell-scuffham diakses pada 8 Januari 2022.

Amerika Serikat sebagai negara maju termasuk dalam pelayanan kesehatan telah membiasakan sistem transparansi terutama dalam hal pembiayaan yang dihubungkan dengan kualitas pelayanan kesehatan. Kualitas pelayanan kesehatan ini terutama menyangkut pelayanan dokter dan tenaga kesehatan lainnya dalam relasi dokter dan pasien. Pemberian informasi yang adekuat baik tentang dokter secara individu maupun rumah sakit, akan membuat pasien dapat menentukan pilihan dalam mencari layana kesehatan. *Online review* yang sering dijadikan patokan pasien dalam memilih dokter atau rumah sakit masih menimbulkan kontroversi terutama di kalangan dokter.

Informed Consent tercantum dalam *American Hospital Association Petient's Bill of Rights*[367] tahun 1973 yang telah dilakukan revisi pada tahun 1992 diantaranya bahwa pasien berhak mendapatkan informasi dan berdiskusi tentang tindakan medis yang akan dilakukan kepadanya termasuk alternatif dan risikonya, serta pembiayaan dan lama perawatan. Pasien berhak mendapatkan informasi tentang siapa saja yang akan terlibat dalam perawatannya serta kebijakan rumah sakit yang berkaitan dengan pengobatannya, sehingga pasien juga berhak untuk mengambil keputusan umtuk menerima atau menolak pelayanan medis yang ditawarkan kepadanya.[368] *American Medical Association (AMA)* menyebutkan bahwa pasien berhak mendapatkan informasi dan mempunyai kesempatan bertanya dalam perawatan medis yang dilakukan oleh dokter melalui komunikasi yang baik yang mendasari timbulnya kepercayaan sehingga pasien dapat mengambil

[367]American Patient Rights Association, "AHA Patient's Bill of Rights", https://www.americanpatient.org/aha-patients-bill-of-rights/ diakses pada30 Januari 2022.
[368]*Ibid.*

keputusan bersama dokter *(shared decision making process)*. Tahap dalam *informed consent* menurut AMA diawali dengan menentukan kemampuan pasien untuk memahami informasi dan akibatnya hingga dapat mengambil keputusan secara sukarela, perlu memperhatikan keinginan pasien informasi apa saja yang ingin diterimanya, serta mendokumentasikan komunikasi dan lembar *informed consent* di dalam rekam medis. Pada kondisi darurat *informed consent* dokter diijinkan melakukan tindakan tanpa *informed consent* asalkan setelahnya atau sesegera mungkin *informed consent* diperoleh.[369]

Salah satu tempat doktrin *informed consent* di dunia berasal yaitu Amerika Serikat.[370] Doktrin *informed consent* di Amerika Serikat berawal dari kasus *Schhloendroff v Society of New York Hospital* pada tahun 1914 seperti yang sudah dijabarkan pada sub bab sebelumnya bahwa seorang pasien bernama Mary Schhloendroff memenangkan gugatan terhadap dokter bedah dan rumah sakit berkat keputusan hakim Benjamin Cardozo berdasarkan pertimbangan otonomi pasien.[371] Juga pada kasus *Salgo v Leland Stanford Jr University Board of Trustee* yang menekankan tentang kewajiban keterbukaan dokter berdasarkan *orbiter dictum* hakim. Pasien Bernama Martin Salgo menjalani prosedur aortografi (suatu tindakan diagnostik dengan sinar X-Ray untuk melihat pembuluh darah arteri). Pada saat terbangun dia mengalami kelumpuhan dan dia merasa tidak pernah

[369]American Medical Association, "Informed Consent", https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/informed-consent diakses ada 30 januari 2022.

[370]Putri Nemie Jehan Kassim, *Medical Negligence Law in Malaysia*, International Law Book Series, 2003, h.48.

[371]Alyssa Dalila Binti Badli Esham, 'The Doctrine of Informed Consent and Duty of Disclosure: A Comparative Essay between the US, UK, Australia, and Malaysia with Indonesia', *Indonesian Comparative Law Review* Volume 2 No 1, December 2019, h. 15, https://journal.umy.ac.id/index.php/iclr/article/view/8037 diakses pada 17 April 2022.

diberitahukan tentag risiko itu oleh dokter. Dokter digugat dengan tuduhan menahan informasi yang seharusnya diberikan pada pasien saat menawarkan suatu tindakan. Pada kasus ini menjadi perdebatan seberapa besar keterbukaan informasi yang harus dilakukan dokter.[372] Demikian juga pada kasus *Natanson v Kline*[373] tahun 1960, dimana pasien Irma Natanson menuntut dokter radiologi John R. Kline pada Rumah Sakit *St. Francis HospitalAnd School Of Nursing, Inc.* karena dianggap tidak memberitahukan risiko terapi *Cobalt* pada kanker payudara yang dilakukan pengangkatan payudara (mastektomi).

Standar keterbukaan yang wajib dilakukan dokter adalah dibandingkan dengan keterbukaan yang rasional dan hati-hati yang dilakukan pada kondisi yang sama. Contohnya pada kasus *Cantebury v Spence*[374] dimana pasien bernama Jerry Canterbury mengalami lumpuh sebagian badannya setelah menjalani operasi tulang belakang *(thoracic spine surgery)*. Pasien merasa tidak mendapat informasi tentang risiko meskipun risiko tersebut kecil. Pengadilan memutuskan bahwa dokter yang melakukan tindakan tanpa persetujuan pasien dianggap telah melakukan pelanggaran berupa *tort*. Setelah kasus *Cantebury v Spence* mulai dipertimbangkan *therapeutic privilege,* yakni keputusan klinis untuk memberitahukan informasi kepada pasien tetap didasarkan pada kondisi pasien. Meski tujuan utama doktrin *informed consent* adalah otonomi pasien dan keputusan pasien yang rasional *(rational decision-making)*, tetapi ada hal yang penting yang seringali diabaikan

[372]*Ibid.*
[373]Natanson V. Kline 186 Kan. 393 (1960).
[374]Canterbury v. Spence 464 F.2d 772 (D.C. Cir. 1972).

yaitu komunikasi dan pemahaman yang menyeluruh dari pasien termasuk dalam hal ini kemungkinan alternatif terapi harus dijelaskan pada pasien.[375]

Amerika Serikat menganut sistem hukum kebiasaan *(common law)* dengan memakai peradilan *jury*. Hukum Inggris sering dipakai dalam sistem hukum Amerika Serikat. Konstitusi Amerika Serikat membentuk sistem pemerintahan federal. Konstitusi memberikan kekuasaan-kekuasaan tertentu kepada pemerintah federal da semua kekuasaan lain yang tidak didelegasikan kepada pemerintah federal akan tetap dijalankan oleh negara- negara bagian. Setiap negara-negara bagian memiliki konstitusinya sendiri, struktur pemerintahan sendiri, kitab undang-undang sendiri, dan sistem pengadilan sendiri. Amerika Serikat tidak mempunyai suatu sistem sistem hukum yang bersifat nasional, sehingga *common law* mengenai hal tertentu bisa berbeda-beda.[376] Sebagai contoh akan dipaparkan *informed consent* di salah satu negara bagian Amerika Serikat yaitu Washington.

Informed consent dibahas di dalam *Washington State Legislature* RCW 7.70.060. Sebelum dilakukan tindakan atau diagnostic terhadap pasien, dokter harus mendapatkan *informed consent* tertulis yang ditandatangani oleh pasien atau walinya jika pasien tidak kompeten. *Informed consent* yang diberikan harus dalam bahasa yang dimengerti pasien dan memuat :[377]

1. Jenis tindakan dan penyebab dipilihnya tindakan tersebut.
2. Kemungkinan hasil dari tindakan

[375]*Ibid*., h.16.

[376]Ida Sugiarti, 'Perbandingan Hukum Informed Consent Indonesia Dan Amerika Serikat', *Jurnal Hukum Syiar Hukum FH.UNISBA.* Vol. XII. No. 3 November 2010, h.258, file:///C:/Users/HP/Downloads/25261-ID-perbandingan-hukum-informed-consent-indonesia-dan-amerika-serikat.pdf diakses pada 18 April 2022.

[377]*Washington State Legislature* RCW 7.70.060

3. Kemungkinan risiko serius yang dapat diduga, komplikasi, keuntungan dari dilakukan terapi tersebut termasuk alternatif terapi dan jika tidak dilakukan terapi
4. Pernyatan jika pasien memilih untuk tidak dijelaskan tentanng penyakitnya
5. Pernyataan bahwa pasien sudah diajak untuk terlibat dan berdiskusi *(shared decision making),* deskripsi dengan jelas nama tindakan termasuk informasi tentang kondisi pasien, risiko dan keuntungan dari beberapa pilihan tindakan, kemungkinan hasil yang akan didapatkan.
6. Pernyataan bahwa pasien atau walinya sudah mengerti akan penjelasan terutama tentang risiko yang serius dan ketidakpastian hasil suatu tindakan
7. Pernyataan bahwa pasien sudah diberi kesempatan bertanya dan pertanyaan sudah dijawab dengan baik oleh dokter

Penggunaan alat bantu dalam mengambil keputusan *(patient decision aid)* juga diperlukan yaitu dalam bentuk tulisan, audiovisual, atau media online sehingga membantu mempresentasikan kondisi dan pilihan terapi, keuntungan, kerugian. *Patient decision aid* ini sudah tersertifikasi melalui lembaga yang terstandar di Amerika Serikat atau Kanada. Kegagalan untuk menyediakan dokumen atau formulir dalam proses *shared decision making* atau tidak adanya alat penunjang bukan termasuk sebagai kegagalan untuk mendapat *informed consent*. Apabila penyelenggara layanan kesehatan tidak memilih bentuk tertentu dari dokumen ini tidak tergolong sebagai pelanggaran.

Berkenaan dengan kompetensi pasien dalam penandatanganan *informed consent* dibahas di dalam RCW 7.70.065, bahwa pasien yang tidak kompeten akan diwakili oleh :

1. Wali yang telah ditunjuk jika ada.
2. Seseorang di mana pasien memberikan wewenang untuk mengambil keputusan terkait kesehatannya.
3. Pasangan pasien yang terdaftar atau resmi.
4. Anak pasien yang berusia minimal 18 tahun[378]
5. Orang tua pasien.
6. Saudara laki-laki atau perempuan yang telah dewasa.
7. Cucu yang telah dewasa yang familiar dengan pasien.
8. Keponakan yang telah dewasa yang familiar dengan pasien.
9. Paman atau bibi pasien yang telah dewasa yang familiar dengan pasien.
10. Orang dewasa lain yang menunjukkan perhatian khusus bagi perawatan pasien, familiar dengan nilai pribadi pasien, dapat bertanggung jawab dalam pengambilan keputusan tentang kesehatan bagi pasien dengan mempunat pernyataan yang berlaku selama enam bulan.
11. Jika tidak ada yang memenuhi kriteria diatas, maka dilakukan oleh dokter dari pasien, atasan dari dokter, pemilik atau atasan tempat pemberi layanan kesehatan dengan syarat mendapat kekebalan dari tuntutan, perawat, tempat

[378]Age of majority : Except as otherwise specifically provided by law, all persons shall be deemed and taken to be of full age for all purposes at the age of eighteen years, Washington State Legislature RCW 26.28.010, https://app.leg.wa.gov/rcw/default.aspx?cite=26.28.010 diakses pada 15 Mei 2022.

perawatan pasien dalam jangka panjang atau orang lain yang mendapat upah dari perawatan pasien.

Consent juga diperlukan pada kasus non-kegawatan, pasien rawat jalan, terasuk pemeriksaan oleh dokter, pemeriksaan penglihatan, pemeriksaan gigi, pemeriksaan pendengaran dan alat bantu dengar, imunisasi, pemerisaan rutin di rawat jalan. Rumah sakit atau dokter harus memastikan hubungan seseorang yang mewakili pasien dan mendokumentasikannya.

Suatu penelitian yang dilakukan di *Mayo Clinic*, disebutkan bahwa dokter bedah pada suatu tindakan operasi elektif bukan kegawatan pada umuumnya memberikan *informed consent* dan melakukan diskusi dengan pasien dalam waktu 24 sampai dengan 48 jam sebelum tindakan dilakukan. Selanjutnya pasien dapat mempertimbangkannya kembali atau mencari *second opinion* untuk menentukan pasien tersebut akan melanjutkan terapi atau menarik kembali *informed consent* yang telah diberikannya.[379]

Salah satu standar *informed consent* yang dikeluarkan oleh rumah sakit *University of Washington Medicine (WU Medicine), informed consent* harus berisikan :[380]

1. Nama rumah sakit.
2. Nama prosedur yang akan dilakukan.
3. Nama dokter yang akan melakukan tindakan.

[379]Timothy J et al., 'Medical Informed Consent: General Considerations for Physicians', *Mayo Clin Proc*., March 2008;83(3):313-319, www.mayoclinicproceedings.com diakses pada 3 Januari 2022.

[380]UW Medicine Informed Consent Manual, Health Sciences Risk Management, 2019, h.6, https://intranet.uwmedicine.org/BU/hsrisk/Pages/Resources.aspx diakses pada 19April 2022.

4. Pernyataan bahwa tata cara tindakan, keuntungan, risiko, alternatif tindakan telah dijelaskan ke pasien atau walinya.
5. Tanda tangan pasien atau walinya.
6. Tanggal dan jam saat *informed consent* ditanda tangani

Hal-hal yang wajib didiskusikan dengan pasien meliputi :[381]

1. Penjelasan tentag tata cara tindakan termasuk pembiusan yang akan dilakukan.
2. Indikasi dilakukan tindakakan.
3. Risiko dan keuntungan prosedur dan pembiusan.
4. Alternatif tindakan beserta risikonya.
5. Risiko jika tindakan tidak dilakukan.
6. Dokter pelaksana tindakan dan pembiusan.
7. Dokter lain yang ikut terlibat dalam tindakan yang akan dilakukan yang akan melakukan hal penting lainnya (membuka dan menutup luka operasi, membebaskan organ dalam tindakan operasi, mengambil organ tertentu, melakukan tindakana tertentu misalnya menanam organ, memasang prostesis, serta melakukan pemasangan akses pemberian cairan tambahan.

Dalam hukum yang mengatur *informed consent* di Washington dikenal istilah *"material risk"*[382] yang diartikan sebagai pasien atau keluarga pasien dalam kondisi yang sama dengan prinsip kehati-hatian akan menerima atau menolak penjelasan dokter tentang penyakit dan rencana tindakannya *(to which a reasonably prudent person in the position of the patient or his representative would attach*

[381] *Ibid*., h.6.
[382] *Ibid*., h.8.

significance to in deciding whether or not to submit to the proposed treatment). *Material risk* yang disebut juga *material facts* meliputi karakteristik tindakan, perkiraan hasil dari tindakan, alternatif tindakan lain termasuk juka tidak dilakukan tindakan, risiko yang serius yang mungkin terjadi, komplikasi. *Material risk* juga meliputi risiko yang sering terjadi namun dengan tingkat keparahan rendah (misalnya perdarahan) maupun risiko yang jarang atau bahkan sangat jarang terjadi tetapi mempunyai tingkat keparahan tinggi (misalnya kematian). Hal yang terkait *material* risk harus dijelaskan kepada pasien meski tuntutan malpraktik di Washington menunjukkan bahwa risiko yang kecil (0,02% hingga 0,75%) jarang menimbulkan tuntutan hukum. Risiko mana yang harus didiskusikan dengan pasien adalah keputusan klinis dari dokter namun dipakai patokan adalah apabila dokter keluarga dokter sendiri yang berada dalam posisi sebagai pasien, mana yang kiranya ingin didiskusikan lebih lanjut.[383] Menurut penulis hal ini disesuaikan dengan prinsip kepatutan atau kewajaran dibandingkan dengan orang lain dalam kondisi yang sama pada umumnya.

Hubungan pasien dan dokter dipahami sebagai kesepakatan antara kedua pihak tersebut, maka jika terdapat penggantian dokter yang merawat atau dokter yang melakukan tindakan, maka pasien harus dijelaskan dan menandatangani persetujuan tentang penggantian dokter tersebut. Bahkan seharusnya apabila pada awal sudah diperkirakan kemungkinan terjadinya penggantian dokter maka sudah

[383] *Ibid.*

harus diinformasikan kepada pasien sejak awal. *Informed consent* tindakan yang sama tidak diperlukan lagi dilakukan dalam hal ini.[384]

Pemberian *informed consent* harus dilakukan oleh dokter penanggungjawab pasien tersebut atau dokter yang akan melakukan tindakan, sehingga delegasi misalnya kepada perawat hanya dapat dilakukan sesuai dengan batasan delegasi dan kompetensi perawat tersebut misalnya pemasangan infus. Sedangkan pada rumah sakit pendidikan, peserta pendidikan dokter spesialis dapat melakukan *informed consent* karena merupakan bagian dari tim perawatan pasien asalkan tetap dalam pengawasan dokter penaggung jawab pasien yang terkait.[385]

Tidak semua *informed consent* dilakukan secara tertulis, namun pada tindakan tertentu diperlukan secara tertulis dan ditandatangani oleh pasien yaitu dalam hal :[386]

1. Pembedahan.
2. Prosedur diagnostik yang invasif.
3. Pembiusan (dokumen terpisah dengan *informed consent* pembedahan).
4. Transfusi darah dan komponen darah.
5. Radiasi.
6. Penelitian dengan subjek manusia.
7. Terapi elektrokonvulsi[387]

---

[384]*Ibid*., h.7.
[385]*Ibid*., h.10.
[386]*Ibid.*, h.12.
[387]Harvey Marcovitch, *Ibid*., h.214 *(Elektroconvulsive therapy a controversial therapy for cases for severe depression, particularly where psychotic are presents or in patients with high risk of suicidal. This therapy only indocated after antidepressant have been tried and shown to be ineffective).*

8. Sedasi[388] yang berhubungan dengan tindakan diagnostik tertentu.
9. Pada kondisi tertentu tetap diperlukan *informed consent* tetapi tidak wajib ditandatangani (pada pemberian obat berisiko tinggi misalnya kemoterapi, kortikosteroid jangka panjang, imunisasi, penegakan diagnosis *Human Immunodeficiency Virus*). Pada pasien dengan perawatan intensif cukup satu lembar dokumen *informed consent*, tetapi proses diskusi dengan keluarga pasien harus terdokumenasi di dalam rekam medis pasien.

Jangka waktu berapa lama berlakunya *informed consent* tidak ditetapkan secara khusus, tetapi ada beberapa ketentuan yaitu :[389]

1. Pada tindakan yang dilakukan secara terus menerus tidak diperlukan formulir *informed consent* untuk setiap kali tindakan tetapi jangka waktu tindakan akan dilakukan harus ditulis. Namun dokter harus melakukan konfirmasi ulang kepada pasien setiap kali akan dilakukan tindakan.
2. Pada pasien rawat inap yang pernah menandatangani *informed consent* maka *informed consent* harus diperbaharui setelah 30 hari demikian juga pada pasien rawat jalan apabila sudah melewati 30 hari maka pasien diminta untuk menandatangi dan memberi tanggal ulang *(re-date)* dengan memastikan bahwa penjelasan yang baru sudah diterima oleh pasien.

Pada dokumen *informed consent* terdapat kolom saksi, namun hukum di Washington tidak mengharuskan adanya saksi. Namun dokter dapat mengajukan akan adanya saksi jika dokter merasa perlu misalnya pada kondisi adanya

[388]*Ibid*., h.592 *(sedation is the production of a calm and peacefull state by use of sedatives to reduce abnormal anxiety and bring aggressive behaviour under control. Sedation also as a part of preparation for surgery when patient frightening or uncomfortable).*
[389]UW Medicine Informed Consent Manual, *Ibid*., h.15.

pertanyaan-pertanyaan tertentu. Saksi wajib ada saat dilakukan penjelasan dan persetujuan melalui telepon serta pada pasien yang secara fisik tidak dapat melakukan tanda tangan.[390] Sedapat mungkin pada pasien yang tidak dapat membaca dan menulis (bukan karena keterbatasan fisik) memberikan tanda "X" pada kolom tanda tangan. Percakapan melalui telepon tidak boleh direkam kecuali atas persetujuan kedua belah pihak dan terdokumentasi dalam rekam medis pasien.[391]

Dalam keadaan darurat dimana pasien tidak kompeten dan tidak ada keluarga pasien tetapi kondisi tersebut mengancam jiwa pasien, tidak diperlukan *informed consent* tetapi harus ada dokumen *Emergent Treatment Confirmation* yang ditandatangi oleh dokter penanggung jawab serta satu orang dokter lain yang harus menyatakan bahwa kondisi tersebut benar-benar suatu kegawatdaruratan. Selain itu harus dilakukan konsultasi dan ada persetujuan dari *Ethics and Risk Management* rumah sakit.[392]

Suatu dokumen yang bukan tergolong *informed cosent* namun harus ditandatangani pasien saat akan menjalani rawat inap atau saat pertama kali kunjungan ke rumah sakit dan disebut dengan *Care Agreement Form*. Form ini menandakan adanya hubungan kontraktual pasien dengan dokter atau rumah sakit dalam hal pasien datang ke rumah sakit untuk mencari pengobatan. Di dalam form ini juga menyebutkan proses tindakan dasar yang bersifat rutin misalnya pemberian obat dengan risiko rendah, pemasangan infus, dan lain-lain.[393]

---

[390] *Ibid.*
[391] *Ibid*., h.19.
[392] *Ibid*., h.22.
[393] *Ibid*., h.38.

c. Malaysia

Persamaan akan akses kesehatan menjadi perhatian utama Pemerintah Malaysia dalam bidang kesehatan. Meskipun saat ini pemerintah telah memberikan subsidi pada hampir 95% penduduk dalam bidang kesehatan, tetapi masalah pemerataan kesehatan masih menjadi problem. Salah satunya adalah masih tidak meratanya akses layanan kesehatan dan pelayanan dokter di daerah tertentu, seperti Sabah dan Sarawak.[394] Semakin bertambahnya tingkat pengetahuan masyarakat membuat standar kualitas yang diharapkan dari pelayanan kesehatan juga semakin tinggi.

Kementrian kesehatan Malaysia mulai mengumandangkan transparansi dalam kualitas pelayanan kesehatan, namun belum diterapkan pada rumah sakit swasta. Penduduk Malaysia sering mengeluhkan tingginya biaya pelayanan di rumah sakit swasta yang tidak terjangkau oleh beberapa kalangan masyarakat. Pemerintah juga menekankan tentang standar kualitas pelayanan dokter pada klinik swasta sejak dikeluarkannya *Private Health Facility and Services Act 1998 (PHFSA 1998).* Kurangnya regulasi yang tegas menyebabkan variasi dalam standar pelayanan kesehatan yang tentunya akan berpengaruh pada kualitas terutama di sektor swasta. Hal ini disebabkan karena beberapa hal :[395]

1. Kualitas berdasarkan kemapuan dokter didapatkan lebih baik pada rumah sakit yang melayani lebih banyak pasien, hal ini terkadang tidak dapat dipenuhi pada sektor swasta.

[394]Kemetrian Kesihatan Malaysia, "Country Health Plan 10th Malaysia plan 2011-2015", h.17, http://www.moh.gov.my. diakses pada 2 Agustus 2022.
[395]*Ibid*., h.30.

2. Lisensi yang diberikan pada dokter berlaku seumur hidup, meskipun bagi dokter spesialis ada sistem kredensial tetapi kenyataannya masih lemah dan tidak dilakukan resertifikasi.
3. Belum adanya sistem pengumpulan dan pelaporan data di sektor swasta seperti halnya di sektor publik yang sudah dilakukan melalui *National Indicator Approach in the Quality Assurance Program in Ministry of Health (MOH).*
4. Beban kerja yang tinggi menyebabkan seringkali model pelayanan baru terlambat diterapkan dan rendahnya partisipasi dokter dalam penelitian klinis.

Sistem kesehatan Malaysia masih dianggap lebih unggul dalam hal biaya dan kualitas dibandingkan negara berkembang lainnya. Bidang kesehatan merupakan salah satu bidang yang diutamakan dari 12 bidang pada *National Key Economic Areas (NKEAs)* dalam program *Vision 2020* di Malaysia yang bertujuan menjadikan Malaysia sebagai negara dengan penghasilan tinggi pada tahun 2020 *(high-income nation by 2020).* Sebanyak 70% pelayanan kesehatan dilakukan oleh sektor publik. Sisanya dilakukan oleh swasta dengan sistem non subsidi dan *fee for services*. Namun saat ini rumah sakit swasta sudah makin berkembang dan sejajar dengan rumah sakit pemerintah, hal ini dikarenakan tingginya jasa dokter dan lingkungan kerja yang lebih baik. Pada tahun 2005 perbandingan jumlah dokter dan penduduk di Kuala Lumpur adalah sebesar 1:397.[396]

[396]Maznah Dahlui dan Norlaili Abdul Aziz, 'Developing Health Service Hub in ASEAN and Asia Region Country Report on Healthcare Service Industry in Malaysia', in Tullao, T. S. and H. H. Lim (eds.), *Developing ASEAN Economic Community (AEC) into A Global Services Hub*, *ERIA Research Project Report* 2011-1, Jakarta: ERIA, pp.65-110, https://www.eria.org/Chapter%202-Malaysia's%20Report%20on%20Health%20Services.pdf diakses pada 7 januari 2022.

Rumah sakit pemerintah juga diperbolehkan mengundang spesialis dari rumah sakit swasta untuk melakukan pelayanan di klinik rawat jalan atau dalam melakukan operasi dan penanganan pasien dengan kasus sulit. Sebagai kontribusi sosial kepada negara, rumah sakit swasta tetap harus menyediakan satu atau dua bangsal untuk masyarakat yang kurang mampu yang memerlukan pelayanan dokter yang mungkin hanya ada di rumah sakit tertentu.[397] Dibandingkan dengan Singapura, Indonesia, Philipina, Thailand, dan Vietnam, Malaysia memiliki angka harapan hidup tertinggi kedua yaitu 74,3 tahun. Demikian juga dengan pengeluaran biaya kesehatan di Malaysia adalah terbesar kedua diantara keenam negara tersebut yakni sebesar 55,5 %. Sistem yang baik menyebabkan perkembangan sektor kesehatan di Malaysia berkembang dengan baik.[398]

Transparansi dalam hubungan dokter dan pasien di Malaysia salah bentuknya adalah diwujudkan dengan proses *shared decision-making (SDM)*, diawali pada tahun 2010-2011 dan merupakan pionir dalam proses SDM di negara Asia.[399] Negara-negara di Asia pada umumnya masih memiliki pengetahuan yang rendah tentang konsep SDM. Masih diragukan apakah pola SDM di negara Barat dapat diterapkan di Asia dimana proses pengambilan keputusan masih banyak dipengaruhi oleh keluarga atau orang di sekitar. Di Malaysia sendiri masih kurang penerapan konsep dan hukum dalam hal SDM. Dari sisi dokter masih belum

[397]*Ibid.*

[398]Lee Poh Onn, 'What Lies Ahead for pada dari https://www.semanticscholar.org/paper/What-Lies-Ahead-for-Malaysian-Healthcare-Onn/429b21515144c8dfd4ea314a14524ec36b614a7a diakses pada 7 Januari 2022.

[399] Mohamad Ayob Ismail dan Marhani Midin, 'Shared Decision-Making and Role Preference Among Patients With Schizophrenia in Malaysia: A Cross-Sectional Study', *Informatics in Medicine Unlocked* 21 (2020) 100450, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34381387/ diakses pada 8 Januari 2022.

menerapkan pola SDM dan masih banyak menerapkan pola paternalism. Sedangkan dari sisi pasien masih kurangnya literasi tentang kesehatan sehingga masih minim informasi tentang kesehatan. Hal ini masih jauh berbeda dengan hasil penelitian di Eropa. Salah satu kendala di Malaysia adalah beragamnya etnis yang ada di Malaysia sehingga terkadang dokter masih kesulitan dalam komunikasi untuk memberikan penjelasan dalam bahasa ibu pasien. Strategi yang dipakai di Malaysia dalam menerapkan SDM adalah :[400]

1. Dalam bidang pendidikan *undergraduate* : memberikan pembelajaran tentang komunikasi dan konsultasi secara umum, risiko komunikasi, dan *evidence base medicine* terkait komunikasi
2. Dalam bidang pendidikan *postgraduate :* meningkatkan pembelajaran tentang komunikasi dan konsultasi terutama ditekankan pada *informed consent* dalam hal spesialistik misalnya pembedahan, kemoterapi, dan skrining, menentukan kandidat yang mempunyai kompetensi dalam hal SDM.
3. Dalam praktik klinis : mencantumkan SDM dalam *clinical practice guideline*, menekankan tentang keputusan pasien sebagai salah satu komponen dalam perawatan pasien, keterlibatan pasien dalam SDM dijadikan salah satu indikator penilian mutu praktik klinis, ada pembayaran atau pembiayaan khusus bagi praktik SDM.

[400]Chirk-Jenn Ng, Ping-Yein Lee , dan Yew-Kong Lee, 'An Overview Of Patient Involvement In Healthcare Decision-Making: A Situational Analysis Of The Malaysian Context', *BMC Health Services Research* 2013, 13 : 408, https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-408 diakses pada 8 januari 2022.

4. Dalam bidang penelitian : dilakukan studi tentang faktor yagn mempengaruhi pengambilan keputusan berdasarkan keberagaamn budaya dan bahasa, evaluasi intervensi dalam pengambilan keputusan pasien, evaluasi SDM sebagai standar praktik yang rutin.
5. Dalam bidang hukum dan pembuatan kebijakan : *Malaysia Medical Council* membuat kebijakan kesehatan nasional mengenai SDM, kementrian kesehatan berusaha memperbaiki sistem informasi kesehatan pasien sehingga makin akurat, mudah digunakan, dan mudah diakses, promosi kesehatan masyarakat difokuskan pada pemberdayaan pasien dalam keterlibatannya pada pelayanan kesehatan dan pengambilan keputusan terkait kesehatannya.

Sebagai sesama negara berkembang di Asia Tenggara dengan budaya yang banyak mempunyai kesamaan dan keberagaman budaya dan bahasa yang juga memiliki kemiripan, maka Indonesia dapat menerapkan sistem trasnsparansi kesehatan seperti yang dilakukan oleh pemerintah Malaysia. Misalnya dalam transparansi kualitas kesehatan, kebijakan pembiayaan kesehatan, dan juga tidak kalah penting adalah model *shared decision-making (SDM)* dalam pengambilan keputusan oleh pasien dan/atau keluarganya berkenaan dengan pelayanan kesehatan.

Dalam hal *informed consent*, Malaysia pada awalnya mengikuti prinsip Bolam *(Bolam's approach)* sebagai pedoman. Prinsip ini dikenal sejak adanya kasus *Bolam v. Friern Hospital Management Committee*[401] pada tahun 1957, dimana seorang pasien psikiatri yang akan menjalani terapi elektrokonvulsi

[401]Bolam v Friern Hospital Management Committee [1957] 1 WLR 583.

mengalami patah tulang yang awalnya diduga karena dokter tidak memberikan informasi tentang risiko yang mungkin terjadi pada pasien. [402] Berdasarkan Prinsip Bolam dokter dianggap melakukan kelalaian apabila memenuhi tiga unsur berikut ini dibandingkan dengan standar dokter dengan kemampuan sama dan dalam kondisi sama dengannya (bukan dibandingkan dengan standar tertinggi)[403] :

1. *Duty of care*, pasien harus dapat membuktikan bahwa dokter mempunyai kewajiban untuk melakukan perawatan kepadanya.
2. *Breech of the duty*, pasien harus dapat membuktikan bahwa dokter telah melakukan tindakan tidak berhati-hati kepadanya.
3. *The breech cause injury (causation)*, ketidak hati-hatian itu menyebabkan terjadinya kerugian atau cedera pada pasien.

Sayangnya meski saat ini *patient centre care* menjadi pedoman dalam pelayanan kesehatan, namun proses *shared decision making* yang menekankan pada pemahaman pasien akan informasi belum mempunyai regulasi yang resmi di Malaysia. Pedoman *shared decision making* saat ini hanya tercantum dalam *Code of Professional Conduct, House Officer Guidebook, Guidelines on Consent, Good Medical Practice, Guidelines for Clinical Trials & Biomedical Research and in The Malaysian Medical Council's position on Managed Care Practic*e.[404]

---

[402]Ambikai S Thuraisingam dan Shazreen, 'The Standard of Disclosure in Informed Consent Decision Making in Medical Practice in Malaysia', *Asian Journal of Law and Governance* e-ISSN: 2710-5849, Vol. 2, No. 1, 1-14, 2020, h. 3, https://expert.taylors.edu.my/file/rems/publication/100900_7424_1.pdf diakses pada 23 Januari 2022.

[403]K.Shanmugam, 'Testing the Bolam Test: Consequences of Recent Developments', *Singapore Med J* 2002 Vol 43(1) : 007-011, h.8, http://www.smj.org.sg/sites/default/files/4301/43011l1.pdf diakses pada 20 April 2022.

[404]*Ibid*.

Hampir lima puluh tahun sejak kasus Bolam (1957), pengadilan federal Malaysia mengadili kasus *Foo Fio Na v Dr Soo Fook Mun & Anor* (1999).[405] Pada kasus ini seorang pasien yang mengalami pergeseran tulang belakang dan dilakukan operasi dengan memasang tulang dan kawat, ternyata kawat yang dipasang menyebabkan kelumpuhan karena terjadi penekanan pada saraf. Pasien saat itu telah menandatangani *general consent* atau surat persetujuan umum pada awal rawat inap tetapi pasien menuntut karena merasa tidak dijelaskan tentang risiko operasi yang akan dihadapinya. Pengadilan memutuskan bersalah karena dianggap tidak memberikan penjelasan kepada pasien.[406] Pengadilan juga memutuskan bahwa prinsip Bolam tidak dapat lagi digunakan berkaitan dengan penjelasan dokter tentang risiko.

Malaysia mempunyai pedoman dalam pelaksanaan *informed consent* yaitu *Malaysian Medical Council Guideline : Consent For Treatment Of Patients By Registered Medical Practitioners* yang dikeluarkan oleh *Malaysian Medical Council Guideline* atau Majelis Perubatan Malaysia pada bulan Juni 2016.[407] Di situ disebutkan bahwa tidak ada suatu pemeriksaan, terapi, maupun pembedahan yang dilakukan tanpa didahului oleh *informed consent* pada pasien yang kompeten kecuali pada keadaan gawat darurat. Apabila tidak dilakukan *informed consent*

[405]Foo Fio Na v Dr Soo Fook Mun & Anor [2007] 1 MLJ 593.

[406]Alyssa Dalila Binti Badli Esham, 'The Doctrine of Informed Consent and Duty of Disclosure: A Comparative Essay between the US, UK, Australia, and Malaysia with Indonesia', *Indonesian Comparative Law Review* Volume 2 No 1, December 2019, h. 23, https://journal.umy.ac.id/index.php/iclr/article/view/8037 diakses pada 2 April 2022.

[407]Malaysian Medical Council Guideline: Consent for Treatment of Patients by Registered Medical Practitioners, 2016, file:///C:/Users/HP/Downloads/Consent_Guideline_21062016%20(2).pdf diakses pada 20 April 2022.

maka dokter dianggap melanggar etika, disiplin, dan hukum *(assault and battery)*.[408]

Hal yang harus dijelaskan dalam proses *informed consent* adalah kondisi, diagnosis, pilihan terapi, keuntungan, segala yang berkaitan dengan risiko, kemungkinan efek samping dan komplikasi, gejala penyerta, kemungkinan yang mungkin timbul bila tindakan tidak dilakukan sehingga pasien dapat mengambil keputusan sendiri. Penjelasan harus diberikan dengan cara yang dipahami oleh pasien.[409] Dokter dapat memberikan penjelasan tambahan terutama tentang risiko berupa dokumen yang dapat dibaca oleh pasien atau walinya sehingga mereka dapat membaca, mengajukan pertanyaan jika tidak jelas, hingga memahami bahkan menunda pengambilan keputusan. Apabila tidak ada dokumen standar yang tersedia maka dokter dapat menuliskan di dalam dokumen rekam medis atau pemeriksaan pasien dengan dibubuhi tanda tangan dan tanggal oleh pasien.[410]

Pada keadaaan kegawatdaruratan yang mengancam jiwa pasien atau membawa risiko dalam jangka panjang terhadap kesehatan pasien yang juga membutuhkan tindakan segera karena pasien mengalami cedera yang serius dan pasien tidak dapat memberikan *consent* atau tidak ada keluarga lain, maka tidak diperlukan *informed consent.* Pada kondisi demikian maka dokter penanggung jawab yang menangani pasien harus membuat pernyataan tentang kondisi pasien dan terapi yang harus dilakukan akan membahayakan pasien jika ditunda.

[408]*Ibid*., h.1.
[409]*Ibid*., h.2.
[410]*Ibid*.

Pernyataan itu ditandatangani oleh dokter tersebut dan oleh satu orang dokter lain.[411]

Berdasarkan *The Laws of Malaysia Act 21: Age of Maturity Act 1971,* usia dewasa adalah diatas 18 tahun. Namun penentuan kedewasaan tidak hanya berdasarkan usia tetapi juga berdasarkan kemampuan yang cukup dan secara mental mampu memahami tujuan dan akibat dari tindakan yang akan dilakukan. Dalam hal ini penentuannya adalah berdasarkan masing-masing kasus *(case by case)*. Pasien yang belum menikah dan belum berusia 18 tahun tidak mempunyai kewenangan untuk menandatangani persetujuan operasi. Apabila seorang anak datang menghadap kepada dokter dengan orang dewasa, maka dokter harus memastikan hubungan orang dewasa dengan anak tersebut. Sehingga bila hal ini tidak dapat dipastikan, maka dokter harus menunda tindakan kecuali dalam kondisi kegawatan. Pada peraturan ini juga diatur bagaimana *informed consent* dilakukan pada anak yang orang tuanya telah bercerai.[412]

Berdasarkan peraturan tersebut terdapat beberapa jenis *informed consent* yang berlaku di Malaysia, yaitu :[413]

1. *Implied consent,* yaitu *informed consent* yang ditunjukkan melalui perilaku pasien dalam situasi tertentu.
2. *Expressed consent,* dapat berupa non-verbal atau tulisan yang jelas dan tidak boleh terdapat kesalahan. Apabila tidak dalam bentuk tulisan atau hanya melalui komunikasi oral maka digolongkan sebagai *implied consent.*

[411] *Ibid.*
[412] *Ibid*., h.3.
[413] *Ibid.,* h.6.

3. *Informed consent*, merupakan kebutuhan medikolegal terhadap suatu prosedur yang memastikan bahwa pasien mengetahui semua risiko dan pembiayaan dalam perawatan.
4. *Valid consent,* merupakan pernyataan sukarela dari seseorang terhadap terapi yang ditawarkan setelah mendapat penjelasan yang memadai tentang prosedur tersebut termasuk risiko dan keuntungan, dengan syarat-syarat : diberikan oleh orang yang kompeten serta mempunyai kapasitas mental yang cukup untuk memahami akibat tindakan tersebut, disampaikan dalam bahasa yang dipahami pasien, bersifat bebas dan sukarela tanpa pengaruh apapun, meliputi seluruh prosedur yang akan dilakukan, pasien harus benar-benar menyadari tujuan dan risikonya, pilihan terapi lain harus dijelaskan, pasien harus mendapatkan kesempatan yang cukup untuk mencari informasi lebih lanjut, harus ada saksi atau penerjemah jika dalam bahasa yang berbeda. Saksi di sini dapat berasal dari perawat atau dokter lain yang tidak secara langsung terlibat dengan perawatan pasien, tidak ada hubungan dengan pasien maupun dokter.
5. *Verbal consent*, yang dilakukan melalui komunikasi verbal yang dapat menimbulkan perdebatan sedapat mungkin dihindari.
6. *Non-verbal consent*, misalnya dengan mengulurkan tangan tanda setuju untuk dilakukan suatu prosedur masih juga dapat menimbulkan perdebatan. Pada beberapa kondisi tetap diperlukan catatan bahwa persetujuan tersebut telah diberikan oleh pasien.

Dalam melakukan *informed consent* dokter dan pasien harus pernah bertemu sebelumnya melalui konsultasi sebelumnya dalam ranah relasi dokter-

pasien. Dokter yang akan melakukan tindakan harus pernah melakukan kontak dengan pasien atau pernah bertemu sebelum tindakan dilakukan. Dokter harus menjelaskan kepada pasien hal terkait diagnosis dan risiko termasuk perkiraan rawat inap dan kemungkinan perawatan di ruang perawatan intensif. Pada beberapa rumah sakit terkadang terdapat forum diskusi antara ahli bedah dan ahli anestesi sebelum dilakukan tindakan invasif. Akan lebih baik jika pasien dilibatkan dan pasien menandatangani dokumen *informed consent* pada saat itu. Dokter harus melakukan konfirmasi sebelum tindakan dilakukan.[414] Pada umumnya standar *informed consent* yang digunakan di Malaysia memuat hal berikut :[415]

1. Identitas pasien.
2. Nama prosedur atau tindakan ditulis secara lengkap.
3. Jenis pembiusan.
4. Nama dokter yang akan melakukan tindakan.
5. Persetujuan bahwa kemungkinan tambahan prosedur yang diperlukan dapat dilakukan selama berlangsungnya pembedahan.
6. Pernyataan bahwa penjelasan telah diberikan oleh dokter yang akan melakukan tindakan.
7. Pernyataan bahwa pasien telah mendapat dan membaca penjelasan tambahan *(additional Explanatory Notes).*
8. Tanda tangan pasien atau wali dilengkapi dengan nomor identitas dan tanggal.
9. Tanda tangan dokter, stempel dokter, dan tanggal.

[414]*Ibid*., h.7.
[415]*Ibid*., h.8.

10. Tanda tangan dan nama saksi disertai tanggal.

Tambahan material informasi berupa brosur atau formulir standar akan sangat membantu namun sifatnya tidak dapat menggantikan proses pemberian informasi secara jelas kepada pasien serta proses diskusi dengan pasien. Dokter harus membantu menjelaskan informasi dalam brosur tersebut dan harus memberi kesempatan pada pasien untuk membaca.[416] Pasien atau walinya harus menghadap dokter secara fisik saat proses *informed consent*, serta tidak diperkenankan melakukan *informed consent* melalui media faksimili atau fotokopi.

Tindakan invasif memerlukan *informed consent* segera saat akan dilakukan tindakan. *Informed consent* tetap berlaku selama kondisi pasien masih sama. Tetapi apabila terdapat perubahan kondisi maka harus dilakukan pengkajian kembali dan dibuat *informed consent* yang baru. Demikian juga apabila ada penundaan tindakan atau pasien sudah keluar dari rumah sakit sebelum dilakukan tindakan karena pasien mungkin tidak dapat mengingat kembali detail dari *informed consent* tersebut. Pada umumnya apabila sudah lebih dari satu minggu maka perlu dilakukan pembuatan *informed consent* baru. Pada kondisi kronis atau tindakan yang dilakukan berulang, maka pada *informed consent* harus dituliskan waktunya secara spesifik misalnya pada kemoterapi atau transfusi berulang.[417]

Informed consent bersifat spesifik mengenai suatu prosedur oleh karena itu *universal* atau *blanket consent* tidak diperkenankan. Demikian juga *consent* tentang pelepasan informasi kepada pihak ketiga (pemberi kerja atau asuransi) juga berlaku

[416]*Ibid*., h.9.

[417]*Ibid*., h.10.

spesifik dan waktu tertentu.[418] Seseorang mempunyai hal untuk menolak tindakan atau terapi. Apabila pasien merubah persetujuan tindakan medis harus tercatat pada rekam medis secara detail apabila memungkinkan disertai tanda tangan dan tanggal oleh pasien. Pada kondisi pasien menolak tindakan penyelamatan hidup misalnya transfusi darah karena alasan budaya atau agama, maka dokter harus mencari pertimbangan pengadilan untuk melindungi dirinya.[419]

Sayangnya dalam pengaturan *informed consent* di Malaysia belum ada batasan yang dipakai tindakan mana yang harus dilakukan *informed consent* secara tertulis. Sebagai contoh seperti halnya di Singapura, *Singapore Medical Association* mempunyai ketentuan tentang *informed consent* yang harus dilakukan secara tertulis meliputi :[420]

1. Tindakan bedah dan tindakan invasif.
2. Kemoterapi dan radioterapi.
3. Pemberian resep dengan risiko tertentu, misalnya yang bersifat teratogenik[421] atau menyebabkan kematian janin.
4. Tindakan diagnostik dan terapi radiologi invasif.
5. Penelitian medis
6. Pendidikan, terutama yang melibatkan pemeriksaan khusus

[418]*Ibid*., h.11.
[419]*Ibid.*, h.13.
[420]T Thirumoorthy, *Op. Cit*., h.34.
[421]Harvey Marcovitch, *Op.Cit*., p.654 *(Teratogenesis is the production of physical defects in the fetus by a drug or chemical agent, often one that would cause no harm to an adult).*

7. Laporan medis atau membagikan informasi medis pasien yang berisiko membuka rahasia pasien

Pengaturan *informed consent* di Indonesia terdapat di dalam :

1. Pasal 28F UUD 1945 yang menyebutkan bahwa setiap orang berhak untuk berkomunikasi dan mendapatkan informasi, serta pasal 28I bahwa hak asasi manusia harus dilindungi dan dijamin perwujudannya pernyataan ini mendukung hak asasi manusia sebagai pasien berhak menentukan keputusan untuk dirinya sendiri.
2. Pasal 56 UU Kesehatan mengenai perlindungan pasien.
3. Pasal 45 UU Praktek Kedokteran.
4. Pasal 58 UU Tenaga Kesehatan mengenai kewajiban tenaga kesehatan dalam menjalankan tugas.
5. Pasal 17 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1419/MENKES/PER/X/2005 Tentang Penyelenggaraan Praktik Dokter dan Dokter Gigi.
6. PP Penyelenggaraan Perumahsakitan pada bagian yang membahas tentang hak-hak pasien.

Informed consent secara khusus diatur di dalam Permenkes Persetujuan Tindakan Kedokteran. Permenkes ini yang sudah berlaku selama 14 tahun, tampaknya mulai perlu dipikirkan pembaharuan seiring dengan perkembangan kondisi dunia kedokteran Indonesia pada khususnya. Demikian juga halnya peraturan terkait *informed consent* yang tercantum di dalam Pasal 45 UU Praktik Kedokteran, yaitu :

1) Setiap tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan oleh dokter atau dokter gigi terhadap pasien harus mendapat persetujuan.
2) Persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan setelah pasien mendapat penjelasan secara lengkap.
3) Penjelasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sekurang-kurangnya mencakup : a. diagnosis dan tata cara tindakan medis; b. tujuan tindakan medis yang dilakukan; c. alternatif tindakan lain dan risikonya; d. risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi; dan e. prognosis terhadap tindakan yang dilakukan.
4) Persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat diberikan baik secara tertulis maupun lisan.
5) Setiap tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang mengandung risiko tinggi harus diberikan dengan persetujuan tertulis yang ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan.

Masih ada beberapa hal yang belum jelas di dalam UU Praktik Kedokteran berkaitan dengan *informed consent*. Tidak ada satu peraturan perundang-undangan pun yang ada di Indonesia yang menyebutkan kapan batasan waktu *informed consent* ini dinyatakan berlaku demikian juga tidak ada aturan yang menetapkan berapa kali dan kapan waktu yang tepat *informed consent* ini harus diberikan untuk lebih menjamin pasien dan keluarganya memahami dengan baik apa yang disampaikan oleh dokter. Sebagai contoh masih ada dokter di rumah sakit yang melakukan *informed consent* lebih dari satu minggu sebelum suatu tindakan operasi dilakukan. Tidak ada aturan yang menegaskan apakah *informed consent* tersebut masih berlaku dan harus diulang kembali pada saat dokter akan melakukan tindakan. Pada Pasal 5 Permenkes Persetujuan Tindakan Kedokteran hanya mencantumkan bahwa persetujuan tindakan kedokteran dapat dibatalkan atau ditarik kembali (kapan saja) oleh yang memberikan persetujuan selama belum dimulainya tindakan.

Demikian juga halnya dengan pembahasan tentang persetujuan tindakan tenaga kesehatan yang terdapat dalam Pasal 68 UU Tenaga Kesehatan yang tidak banyak berbeda isinya. Pada Pasal 68 angka 5 undang-undang ini disebutkan bahwa setiap tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang berisiko tinggi harus diberikan secara tertulis dan ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan. Pernyataan ini sama halnya dengan Pasal 3 Permenkes Persetujuan Tindakan Kedokteran. Meskipun pada Pasal 1 ayat (5) disebutkan bahwa tindakan berisiko tinggi adalah tindakan medis yang dalam probabilitas tertentu dapat menimbulkan kecacatan atau kematian, tetapi pernyataan ini mesih menimbulkan kekaburan makna. Karena risiko yang mungkin timbul seringkali berbeda pada pasien dengan jenis penyakit yang sama, misalnya disebabkan karena kondisi penyakit penyerta pasien.

	BELANDA	**AMERIKA SERIKAT**	**MALAYSIA**
TRANSPARANSI KESEHATAN			
a. Perwujudan	1. Patient empowerement 2. Open notes 3. Dutch Rating Health Portal	1.Konsumerisme 2.Efektivitas, efisiensi	1. Transparansi kualitas RS swasta 2. Pionir shared decision making di Asia
b. Regulasi	NBW	Sistem negara federal berbeda-beda, memakai contoh Washington State Legislature	Private Health Facility and Services Act 1998
INFORMED CONSENT			
a. Pedoman	NBW	AMA	Malaysia Medical Council

b.Batasan umur	16 tahun 12-16 tahun hanya jika terbukti demi kebaikan pasien	18 tahun (RCW 26.28.010) beberapa ketentuan khusus (Washington Law) : 14 tahun (STD test)[422] 13 tahun (perawatan kesehatan jiwa dan kecanduan/abuse)[423] Tanpa batasan usia pada kasus imunisasi, pengaturan kehamilan (birth control), aborsi, perawatan prenatal/sebelum kelahiran[424]	18 tahun (Age of Maturity Act 1971) atau sudah menikah
c.isi informed consent	1. tujuan pemeriksaan/tindakan 2. hasil dan risiko 3. alternatif 4. prognosis	1. jenis tindakan dan indikasi b. kemungkinan hasil c. alternatif tindakan d. dokter pelaksana	1. jenis tindakan dan jenis pembiusan 2. nama dokter yang melakukan tindakan 3. persetujuan kemungkinan tambahan prosedur 4. pernyataan bahwa penjelasan diberikan

[422]Minors may obtain tests and/or treatment for sexually transmitted diseases if they are 14 years of age or older without the consent of a parent or guardian (RCW 70.24.110)

[423]Minors may receive outpatient mental health treatment if they are 13 years of age or older without the consent of a parent or guardian. The parents will not be notified without minor consent (RCW 71.34.530). Minors 13 years of age or older may receive inpatient mental health treatment without parental consent. The parents must be notified, however (RCW 71.34.500). Minors 13 years of age or older may receive outpatient substance abuse treatment, without parental consent. The provider will inform the parents that the minor is receiving outpatient treatment within seven business days if the minor gives written consent or if the provider determines that the minor is not capable of making a rational choice to receive the treatment (RCW 70.96A.096, 230). Minors 13 years of age or older may receive inpatient substance abuse treatment without parental consent if DSHS determines he or she is a "child in need of services." (RCW 70.96A.235). If school district personnel refer a child to inpatient chemical dependency services, they must notify the parents within 48 hours (RCW 70.96A.096) Parental notification is required if parental consent is required.

[424]Minors may obtain or refuse birth control services at any age without the consent of a parent or guardian [RCW 9.02.100(2)]. Minors may receive an abortion and abortion related services at any age without the consent of a parent, guardian or the father of the child [RCW 9.02.100(1); State v. Koome, 84 Wn.2d 901 (1975)]. Minors may seek prenatal care at any age without the consent of a parent or guardian [State v. Koome, 84 Wn.2d 901 (1975)].

		tindakan termasuk pembiusan e. dokter lain yang terlibat f. risiko jika dilakukan dan jika tidak dilakukan g. pernyataan pasien jika menolak h. pernyataan keterlibatan pasien (shared decision making) i. pernyataan sudah mengerti terutama risiko dan ketidakpastian j. pernyataan sudah diberi kesempatan bertanya	oleh dokter pelaksana tindakan 5. pernyataan pasien telah membaca/mendapat penjelasan tambahan 6. tanda tangan dokter, pasien/wali (identitas) tanggal, tanda tangan saksi
d.bentuk informed consent	Tidak ada ketentuan kapan harus tertulis/tidak, tetapi jika pasien meminta dalam bentuk tertulis maka dokter harus membuat	Tertulis, pada kasus berikut ini : pembedahan, diagnostic invasif, pembiusan dengan dokumen terpisah, transfuse darah, radiasi, elektrokonvulsi, penelitian dengan subjek manusia, sedasi pada diagnostik, obat berisiko tinggi	Tertulis pada kasus berikut ini : pembedahan atau tindakan invasif, kemoterapi dan radioterapi, resep obat berisiko tinggi, diagnostic dan terapi radiologi invasif, penelitian, pendidikan tang melibatkan pemeriksaan khusus, maporan medis yang berisiko membuka rahasia
e.waktu berlakunya	Tidak ada ketentuan	30 hari	7 hari

Tabel 1. Perbandingan transparansi dan *informed consent* Belanda, Amerika Serikat, dan Malaysia

Melihat perbandingan yang dipaparkan di atas yakni pengaturan *informed consent* di Amerika Serikat, Belanda, Malaysia maka dapat dilihat di beberapa negara tersebut memiliki kelebihan dalam pengaturannya meskipun masih juga ada kekurangan dan ada juga beberapa kondisi yang tidak selalu dapat diterapkan di Indonesia. Beberapa hal yang dapat dipakai sebagai pedoman dalam pengaturan *informed consent* di Indonesia yaitu :

1. Bentuk formulir atau dokumen *informed consent* tidak harus dipaksakan sesuai standar yang ada saat ini yaitu menggunakan contoh yang ada di manual persetujuan tindakan kedokteran oleh KKI, karena bentuk tersebut secara layak baca *(readability level)* kurang memenuhi syarat apalagi dengan budaya masyarakat dalam hal membaca masih rendah. Unsur-unsur informasi yang harus dijelaskan dalam *informed consent* dapat disesuaikan dengan yang ada dalam permenkes persetujuan tindakan kedokteran.
2. Batasan kapan *informed consent* harus diberikan secara tertulis atau pada tindakan apa saja harus dibuat sebagai pedoman meski nantinya dapat ditambahkan oleh masing-masing rumah sakit atau dokter disesuaikan dengan kondisi yang ada, termasuk dalam *informed consent* untuk tindakan yang rutin dilakukan maka sebaiknya dapat dibuat satu kali namun masa berlakunya atau berapa lama tindakan tersebut harus dicantumkan.
3. Perlunya informasi tambahan misalnya berupa brosur yang dapat dibaca pasien karena dengan membaca akan membuat pasien lebih memahami dan akan timbul pertanyaan jika pasien merasa belum jelas, karena formulir *informed consent* tidak mungkin dapat memuat semua penjelasan tersebut.

4. Penetuan masa berlakunya *informed consent* dapat mengambil contoh yang dipakai oleh Malaysia yaitu satu minggu, dengan anggapan bahwa lebih dari itu pasien tidak dapat mengingat penjelasan yang diberikan dokter.

BAB III

FORMULASI PRINSIP TRANSPARANSI

DALAM PELAYANAN KESEHATAN

3.1 Peraturan Internal Rumah Sakit *(Hospital Bylaws)* untuk mewujudkan Tata Kelola Yang Baik *(Good Governance)* dan Tata Kelola Klinis Yang Baik *(Good Clinical Governance)*

3.1.1 Peraturan Internal Organisasi Rumah Sakit *(Corporate Bylaws)* sebagai pedoman penetuan batasan tanggung jawab dalam perwujudan prinsip transparansi

Pasal 29 huruf (r) UU Rumah Sakit menyebutkan bahwa salah satu kewajiban rumah sakit adalah menyusun dan melaksanakan peraturan internal rumah sakit. Peraturan internal rumah sakit terdiri dari peraturan internal organisasi rumah sakit dan peraturan internal staf medis seperti halnya disebutkan dalam penjelasan Pasal 29 huruf (r) yaitu :

> Yang dimaksud dengan peraturan internal Rumah Sakit *(Hospital bylaws)* adalah peraturan organisasi Rumah Sakit *(corporate bylaws)* dan peraturan staf medis Rumah Sakit *(medical staff bylaw)* yang disusun dalam rangka menyelenggarakan tata kelola perusahaan yang baik *(good corporate governance)* dan tata kelola klinis yang baik *(good clinical governance).* Dalam peraturan staf medis Rumah Sakit *(medical staff bylaw)* antara lain diatur kewenangan klinis *(Clinical Privilege).*

Hal ini dipertegas pada Pasal 51 angka (1) dan (2) PP Perumahsakitan yang menyebutkan bahwa peraturan internal Rumah Sakit yang terdiri dari peraturan organisasi Rumah Sakit dan peraturan staf medis Rumah Sakit disusun untuk mendukung tata kelola korporasi dan tata kelola klinis yang baik. Tambahan pada

Pasal 51 angka (3) PP Perumahsakitan menyebutkan bahwa untuk mendukung tata kelola klinis mana rumah sakit dapat membuat peraturan staf klinik rumah sakit lainnya sesuai dcngan kebutuhan.

Gagasan *good governance* awalnya banyak dipakai di bidang pemerintahan, kemudian berkembang dalam bidang layanan publik, ekonomi, dan sebagainya. *Good governance* diterjemahkan sebagai penyelenggaraan yang baik atau pengelelolaan yang baik, meski awalnya ada terjemahan sebagai pemerintahan yang baik. Tetapi karena ada penyelenggaraan oleh sektor swasta bahkan oleh masyarakat sendiri maka artinya tidak dibatasi dalam bidang pemerintahan. Sedangkan baik di sini dimaknai sebagai berintegritas.[425] *Good governance* bertujuan mendukung proses perubahan atau pembangunan yang memberdayakan sumber daya yang ada dan mengembangkan institusi yang sehat untuk menunjang proses yang efisien oleh semua unsur.[426] Prinsip-prinsip g*ood governance* menurut *United Nation Development Programme (UNDP*) meliputi :[427]

a. Partisipasi, ada keikutsertaan warganegara dalam pengambilan keputusan baik secara langsung maupun melalui suatu lembaga yang mewakili kepentingannya atas dasar kebebasan berasosiasi dan berbicara serta adanya peran serta aktif.

[425]Bintoro Tjokroamidjojo, *Reformasi Nasional Penyelenggaraan Good Governance dan Perwujudan Masyarakat Madani*, Lembaga Administrasi negara, Jakarta, 2002, h.58.
[426]*Ibid*., h.64.
[427]*Ibid*., h.133.

b. Taat hukum, kerangka hukum yang ada dilaksanakan tanpa diskriminasi terutama untuk hukum yang berlaku bagi perlindungan hak asasi manusi

c. Transparansi, didasari oleh kebebasan arus informasi yang mudah dipahami dan dapat dipantau mengenai pengambilan keputusan dan peaksanaan kerja lembaga.

d. Responsif, lembaga negara atau badan usaha harus melayani *stakeholder*-nya serta responsif terhadap aspirasi masyarakat

e. Berorientasi kesepakatan, kepentingan yang berbeda harus difasilitasi untuk mendapatkan pilihan terbaik bagi kepentingan yang lebih luas baik dalam kebijakan maupun dalam hal prosedur kerja.

f. Kesetaraan, semua orang mempunyai kesempatan yang sama untuk meningkatkan atau mempertahankan kesejahteraannya.

g. Efektif dan efisien, proses yang dijalankan dapat meghasilkan sesuai dengan yang digariskan dengan menggunakan sumber daya yang ada dengan sebaik mungkin.

h. Akuntabilitas, para pembuat keputusan harus dapat bertanggung jawab kepada publik. Akuntabilitas ini tergantung pada organisasi dan sifat keputusan yang dibuat apakah sifatnya internal atau eksternal organisasi.

i. Visi yang strategis, para pemimpin dan publik harus mempunyai perspektif tentang tata kelola yang baik dan pengembangan sumber daya manusia untuk kepentingan kemajuan atau pembangunan

Rumah sakit sebagai suatu bentuk korporasi tentunya juga selalu berhubungan dengan prinsip *good governance*. Korporasi atau *corporate* menurut

Hunger and Loheelen[428] adalah mekanisme yang dibangun agar berbagai pihak dapat berperan serta dalam hal modal, keahlian, tenaga yang akan membawa manfaat bersama. Konsep *corporate governance* mulai dikenal di Inggris, Eropa dan Amerika pada sekitar tahun 1840 bersamaan dengan berkembangnya sistem korporasi di sana. Istilah *corporate governance* pertama kali diperkenalkan oleh *Cadbury Committee* pada tahun 1992 pada laporan yang dikenal dengan *Cadbury Report*[429] yaitu sebagai suatu sistem yang berfungsi untuk mengarahkan dan mengendalikan organisasi yang berisikan seperangkat aturan yang merumuskan hubungan antara para pemegang saham, manajer, kreditor, pemerintah, karyawan, dan pihak lain yang berkepentingan baik internal maupun eksternal sehubungan dengan hak-hak dan tanggung jawab mereka. Di Indonesia definisi *good corporate governance (GCG)* terdapat di dalam Keputusan Menteri BUMN Nomor PER — 01 /MBU/2011 tentang Penerapan Tata Kelola Perusahaan Yang Baik *(Good Corporate Governance)* Pada Badan Usaha Milik Negara sebagai berikut : Tata Kelola Perusahaan yang Baik *(Good Corporate Governance),* yang selanjutnya disebut GCG adalah prinsip-prinsip yang mendasari suatu proses dan mekanisme pengelolaan perusahaan berlandaskan peraturan perundang-undangan dan etika berusaha. Prinsip GCG menurut Keputusan Menteri BUMN tersebut adalah sebagai berikut :

1. Transparansi *(transparency)*, yaitu keterbukaan dalam pengambilan keputusan dan mengungkapkan informasi yang relevan mengenai perusahaan.

[428]Sedarmayanti, *Good Governance & Good Corporate Governance edisi revisi*, Mandar Maju, Bandung, 2012, h.53.
[429]*Ibid.*

2. Akuntabilitas *(accountability)*, yaitu kejelasan fungsi, pelaksanaan dan pertanggungjawaban organ sehingga pengelolaan perusahaan terlaksana secara efektif.
3. Pertanggungjawaban *(responsibility)*, yaitu kesesuaian di dalam pengelolaan perusahaan terhadap peraturan perundang-undangan dan prinsip-prinsip korporasi yang sehat.
4. Kemandirian *(independency)*, yaitu keadaan di mana perusahaan dikelola secara profesional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh atau tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan prinsip-prinsip korporasi yang sehat.
5. Kewajaran *(fairness)*, yaitu keadilan dan kesetaraan di dalam memenuhi hak-hak pemangku kepentingan *(stakeholders)* yang timbul berdasarkan perjanjian dan peraturan perundang-undangan.

Penyelenggaraan rumah sakit harus menerapkan prinsip tata kelola perusahaan yang baik *(Good Corporate Governance)* dan tata kelola klinis yang baik *(Good Clinical Governance)* sehingga terwujud organisasi Rumah Sakit yang efektif, efisien, dan akuntabel dalam rangka mencapai visi dan misi Rumah Sakit seperti tercantum dalam Pasal 2 Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 77 Tahun 2015 Tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit.

Penerapan *Good Corporate Governance* di dalam institusi rumah sakit terwujud dalam bentuk peraturan internal rumah sakit. Pasal 36 UU Rumah Sakit menyebutkan setiap rumah sakit harus menyelenggarakan tata kelola Rumah Sakit

dan tata kelola klinis yang baik. Penjelasan pasal ini menjabarkan definisi tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis yang baik sebagai berikut :

> Tata kelola rumah sakit yang baik adalah penerapan fungsi-fungsi manajemen rumah sakit yang berdasarkan prinsip-prinsip tranparansi, akuntabilitas, independensi dan responsibilitas, kesetaraan dan kewajaran. Tata kelola klinis yang baik adalah penerapan fungsi manajemen klinis yang meliputi kepemimpinan klinik, audit klinis, data klinis, risiko klinis berbasis bukti, peningkatan kinerja, pengelolaan keluhan, mekanisme monitor hasil pelayanan, pengembangan profesional, dan akreditasi rumah sakit.

Sebagai landasan peraturan internal rumah sakit atau *hospital bylaws* (selanjutnya disebut HBL) adalah Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 772/MENKES/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws)* sepanjang tidak mengatur tentang staf medis *(medical staff bylaws)*. Selanjutnya Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 772/MENKES/SK/VI/2002 ini disebut dengan KMK HBL. Dasar filosofi dibentuknya HBL adalah rumah sakit yang awalnya dianggap sebagai suatu institusi sosial telah mengalami pergeseran menjadi suatu subjek hukum yang padat modal, padat teknologi, dan padat tenaga. Perubahan paradigma sosial menjadi paradigma konsumerisme menyebabkan institusi rumah sakit dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan mempunyai risiko untuk mengalami konflik yang berujung sengketa dengan pihak lain. Pada lampiran KMK HBL dengan mengacu pada *JCAHO (Joint Comission on Accreditation of Health Organization)* disebutkan bahwa unsur utama HBL adalah *governing body* yang dalam Black's Law Dictionary diartikan sebagai *a group of (esp. corporate)*

officers or persons having ultimate control.[430] Sehingga dapat dikatakan *governing body* adalah pemegang kekuasaan tertinggi, sehingga apabila diterapkan di rumah sakit posisi ini terletak pada pemilik atau yang mewakilinya. Oleh karena itu yang berhak membuat HBL adalah pemilik rumah sakit atau yang mewakilinya, dan bukan direktur rumah sakit. Masih banyak yang beranggapan bahwa peraturan internal rumah sakit adalah peraturan yang ada di dalam rumah sakit seperti *Standard Operating Procedure* maupun seperangkat aturan direksi dalam penyelengaraan rumah sakit, kebijakan rumah sakit, atau deskripsi kerja tenaga yang ada di rumahsakit. Namun setelah mengetahu definisi HBL maka hal-hal terkait teknis tidak termasuk di dalam HBL. HBL mengatur hubungan antara pemilik atau yang mewakili, direktur rumah sakit, dan staf medis sehingga disebut sebagai *triad* atau tiga tungku sejerangan.

Menurut KMK HBL yang berlaku di Indonesia, dapat ditarik kesimpulan bahwa HBL adalah suatu produk hukum yang merupakan anggaran rumah tangga rumah sakit yang ditetapkan oleh pemilik atau yang mewakili dan bukan merupakan kumpulan peraturan teknis administratif maupun klinis rumah sakit. Tujuan HBL adalah untuk mengatur hal berikut :

a. Organisasi pemilik atau yang mewakili
b. Peran, tugas, dan kewenangan pemilik atau yang mewakili
c. Peran, tugas, dan kewenangan direktur rumahsakit
d. Organisasi staf medis
e. Peran, tugas, dan kewenangan staf medis

[430]Bryan A Gardner., *Op.Cit.*, h.2043

Berdasarkan hal yang diatur oleh HBL di atas maka disimpulkan bahwa fungsi HBL adalah :

a. Merupakan acuan pemilik rumah sakit untuk melakukan pengawasan.
b. Merupakan acuan direktur rumah sakit dalam pengelolaan rumah sakit dan dalam penyusunan kebijakan yang bersifat teknis operasional.
c. Sebagai sarana untuk menjamin efektivitas, efisiensi, dan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit.
d. Merupakan sarana perlindungan hukum bagi semua pihak yang berhubungan dengan rumah sakit.
e. Dipakai sebagai acuan apabila terjadi konflik antara pemilik, direktur, dan staf medis.
f. Merupakan persyaratan akreditas rumah sakit.

HBL tidak dapat dicampuradukkan dengan kode etik rumah sakit, karena HBL berisi pedoman yang dapat langsung diterapkan dan dipakai sebagai tolok ukur sedangkan etik rumah sakit seringkali masih memerlukan penafsiran. Sesuai standar akreditasi rumah sakit pada bagian Tata Kelola Rumah Sakit dituliskan bahwa pemilik perlu mempunyai regulasi berupa peraturan internal rumah sakit atau yang sejenisnya, yang isinya mengatur :[431]

a. Struktur organisasi pemilik dan representasi pemilik sesuai dengan bentuk badan hukum pemilik.
b. Tanggung jawab dan wewenang pemilik.

[431]Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, Komite Akreditasi Rumah Sakit, *Instrumen Survey SNARS edisi 1*, 2018, h.151.

c. Pendelegasian wewenang dari pemilik kepada reprentasi pemilik atau direktur rumah sakit atau individu lainnya sesuai dengan peraturan perundangan.
d. Pengangkatan/penetapan dan penilaian kinerja reprensentasi pemilik.
e. Pengangkatan/penetapan dan penilaian kinerja direktur.
f. Penetapan kualifikasi, presyaratan direktur sesuai peraturan perundangan
g. Struktur organisasi rumah sakit.

Menurut ketentuan dalam KMK HBL, maka HBL terdiri dari dua bagian perangkat yaitu peraturan internal organisasi rumah sakit yang mengatur hubungan antara pemilik atau yang mewakili dengan pengelola rumah sakit dalam hal ini adalah direktur serta berisi peraturan internal staf medis. Jelas di sini bahwa HBL tidak berisi peraturan kepegawaian rumah sakit. Salah satu tugas pemilik atau yang mewakili adalah mengawasi penyelenggaran rumah sakit, dengan cara membentuk tim atau komite yang dapat dioptimalkan dari komite yang sudah ada di rumah sakit. Berdasarkan KMK HBL pemilik rumah sakit disarankan membentuk komite yang minimal terdiri dari :

1. Komite yang melakukan pengkajian pelayanan pasien, yang fungsinya dapat dilakukan oleh komite mutu rumah sakit
2. Komite yang melakukan pengawasan keuangan dan anggaran, yang fungsinya dapat dilakukan oleh Satuan Pengawas Intern (SPI)
3. Komite yang melakukan pengawasan bangunan dan pekerjaan, yang fungsinya dapat dilakukan oleh pimpinan proyek pembangunan
4. Komite yang memberikan saran terhadap penetapan staf medis, yang fungsinya dapat dilakukan oleh komite medik atau tim kredensial.

Apabila tugas komite yang dibentuk oleh pemilik dilakukan juga oleh komite yang sudah ada di rumah sakit, tentunya akan rawan menimbulkan konflik kepentingan karena komite tersebut pada umumnya berada di bawah direktur sehingga harus ada pengaturan yang jelas. Pembentukan komite ini seolah kurang sesuai dengan yang tercantum pada Pasal 24 Perpres Pedoman Organisasi Rumah Sakit yaitu rumah sakit dapat membentuk Dewan Pengawas Rumah Sakit yang merupakan unit nonstruktural yang bersifat independen, dibentuk, dan bertanggung jawab kepada pemilik rumah sakit.

Menurut Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit yang diterbitkan oleh Departemen Kesehatan, HBL mempunyai manfaat juga bagi masyarakat yaitu agar masyarakat mengetahui visi, misi, dan tujuan rumah sakit serta agar masyarakat mengetahui hak dan kewajiban pasien.[432] Unsur transparansi memegang peran yang kuat dalam pelaksanaan *good corporate governance* rumah sakit yang merupakan bagian dari HBL. Transparansi yang dilakukan adalah terhadap masyarakat dan internal di dalam rumah sakit baik secara vertikal (atasan ke bawahan) maupun horisontal (antar sesama pekerja di rumah sakit). Transparansi dalam *good corporate governance* di rumah sakit setidaknya memiliki tiga unsur yaitu :

1. Transparansi tentang kondisi di dalam rumah sakit yang mudah diakses dan mudah dipahami.

[432]Departemen Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal Pelayanan Medis Direktorat Pelayanan Medik dan Gigi Spesialistik, *Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital Bylaw)*, 2002, h.15.

2. Transparansi dalam penyelenggaraan kesehatan dan proses menejemen rumah sakit.
3. Transparansi dalam hal kesesuaian implementasi proses yang dilakukan di rumah sakit dengan aturan yang ada, serta adanya pelaporan aktivitas.

Transparansi adalah bagaimana rumah sakit menyelenggarakan pelayanan pada masyarakat berdasarkan keterbukaan proses layanan kesehatan dan kemudahan terhadap akses informasi. Tranparansi juga dapat dilihat dari aspek menejemen internal di dalam rumah sakit misalnya keterbukaan dalam penerimaan pegawai rumah sakit, *job descriptions*, atau proses pelaporan keuangan rumah sakit.[433]

Suatu penelitian yang dilakukan di Australia pada tahun 2013 didapatkan sebanyak 12-16,5% aktivitas di rumah sakit disebabkan oleh *adverse events* (kejadian yang tidak diharapkan). Angka kejadian *hospital-acquired complications (HACs)* menurut perkiraan *Australian Commission on Safety and Quality in Health Care* telah menghabiskan sebanyak 4,1 Milyar Dolar Australia atau sebesar 8,9% dari total pengeluaran rumah sakit. Hasil pengobatan yang baik ditentukan oleh kemampuan dokter, tim pemberi layanan kesehatan, dukungan staf lain dan tata kelola klinis, pembelajaran dan penelitian, serta organisasi layanan kesehatan atau rumah sakit.[434] Sehingga kejadian yang tidak diharapkan dapat dikatakan apabila hal-hal tersebut tidak terselengara dengan baik. Organisai

[433]Arni Rizqiani Rusydia et al., 'Implementation of Good Hospital Corporate Governance (GCG) in Makassar, Indonesia', *International Journal of Innovation, Creativity and Change* Volume 12, Issue 7, 2020, www.ijicc.net diakses pada 15 Januari 2022.

[434]Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, "The State Of Patient Safety And Quality In Australian Hospitals 2019", h.6, https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/2019-07/the-state-of-patient-safety-and-quality-in-australian-hospitals-2019.pdf, diakses pada 15 Januari 2011.

mempunyai peran dalam kejadian tidak diharapkan. Hal ini berkaitan dengan sistem. Apabila sistem yang ada sudah berjalan dengan baik tentunya akan mengurangi risiko kejadian tidak diharapkan.

Penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta pada tahun 2011, kejadian yang tidak diharapkan disebabkan oleh kurangnya dukungan peralatan dan fasilitas, kurangnya pencatatan sehingga menyebabkan staf tidak menyadari kejadian yang tidak diharapkan yang pernah terjadi sebelumnya, kurangnya regulasi, serta kurang baiknya proses serah terima pasien.[435] HBL terutama peraturan internal organisasi rumah sakit seharusnya dapat memberikan perlindungan hukum bagi dokter yang bekerja di rumah sakit tersebut terutama dengan sistem tata kelola klinis yang baik serta transparansi dari pengaturan pertanggungjawaban hukum bagi pemilik, direktur, serta staf medis. Berdasarkan Instrumen survey SNARS, harus ditetapkan tentang pertanggungjawaban yang ada di rumah sakit, yaitu penetapan siapa yang bertanggung jawab dan berwenang untuk :[436]

1. *menyediakan modal serta dana operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan rumah sakit dalam memenuhi visi dan misi serta rencana strategis rumah sakit;*
2. *menunjuk atau menetapkan direksi rumah sakit, dan melakukan evaluasi tahunan terhadap kinerja tiap-tiap individu direksi dengan menggunakan proses dan kriteria yang sudah baku;*
3. *menunjuk atau menetapkan representasi pemilik, tanggung jawab dan wewenang, serta melakukan penilaian kinerja representasi pemilik secara berkala minimal setahun sekali;*
4. *menetapkan struktur organisasi rumah sakit;*

[435]Ade Leana dan Adang Bachtiar, 'An Analysis of The Hospital Bylaws Policies to Protect Healthcare Workers Against Indictments of Adverse Events', *Journal of Indonesian Health Policy And Administration*, Januari 2017, Vol. 02, No. 1, hal 12 – 17, h. 14, https://journal.fkm.ui.ac.id/ihpa/article/view/1848 diakses pada 14 Januari 2022.

[436]Instrumen Survey SNARS, *Op.Cit.*, h.150.

5. *menetapkan regulasi pengelolaan keuangan rumah sakit dan pengelolaan sumber daya manusia rumah sakit;*
6. *tanggung jawab dan kewenangan memberikan arahan kebijakan rumah sakit;*
7. *tanggung jawab dan kewenangan menetapkan visi serta misi rumah sakit, memastikan bahwa masyarakat mengetahui visi dan misi rumah sakit, serta me-review secara berkala misi rumah sakit;*
8. *tanggung jawab serta kewenangan menilai dan menyetujui rencana anggaran;*
9. *tanggung jawab dan kewenangan menyetujui rencana strategi rumah sakit;*
10. *tanggung jawab dan kewenangan mengawasi serta membina pelaksanaan rencana strategis;*
11. *tanggung jawab dan kewenangan menyetujui diselenggarakan pendidikan profesional kesehatan dan penelitian serta mengawasi kualitas programprogram tersebut;*
12. *tanggung jawab dan kewenangan menyetujui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta menindaklanjuti laporan peningkatan mutu dan keselamatan yang diterima;*
13. *tanggung jawab dan kewenangan mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;*
14. *tanggung jawab dan kewenangan mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien dilaksanakan rumah sakit;*
15. *tanggung jawab dan kewenangan mengawasi serta menjaga hak dan kewajiban rumah sakit dilaksanakan oleh rumah sakit;*
16. *tanggung jawab dan kewenangan mengawasi kepatuhan penerapan etika rumah sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan*

Adanya pengaturan ini akan menciptakan budaya *doctor safety* atau *health care professional safety* yang menjadi salah satu landasan terwujudnya *patient safety.* Transparansi dalam hal pelayanan kesehatan di rumah sakit sesuai dengan yang dimaksud oleh dasar dibentuknya HBL, yang dapat diakses oleh masyarakat luas tentunya akan memacu rumah sakit dan staf medis untuk memberikan pelayanan terbaik demi terwujudnya *patient safety*.

Saat ini masih banyak dipakai kualifikasi dokter yang bekerja di rumah sakit yaitu dokter tetap, dokter organik, dokter visiting praktek, dokter visiting tidak praktek, dokter purna waktu, maupun dokter paruh waktu, yang sebenarnya

tidak ada definisi dan pembatasan yang jelas dari kualifikasi dokter tersebut. Pengelompokan tersebut hanya didapatkan pada Lampiran KMK HBL, dimana KMK HBL sudah dinyatakan tidak berlaku sepanjang mengatur tentang staf medis berdasarkan Pasal 20 huruf (a) Permenkes Komite Medis. Sehingga saat ini seharusnya tidak ada pembedaan kualifikasi dokter yang bekerja di rumah sakit berdasarkan hubungan kerjanya dengan rumah sakit. Apabila ditinjau dari Pasal 46 UU Rumah Sakit, tidak adanya pembedaan ini sudah sesuai karena pada pasal tersebut hanya disebutkan istilah "tenaga kesehatan" termasuk dalam hal ini tenaga medis tanpa pembagian kualifikasi tenaga medis berdasarkan hubungan kerjanya dengan rumah sakit. Namun sayangnya masih banyak rumah sakit yang membuat perjanjian kerja dengan dokter bahwa segala bentuk tuntutan terhadap dokter yang bukan pegawai rumah sakit merupakan tanggung jawab sepenuhnya oleh dokter tersebut, sehingga keadaan ini tentunya tidak adil bagi dokter.

Beberapa negara lain mempunyai pembagian kualifikasi dokter yang bekerja di rumah sakit misalnya di Amerika Serikat yang membagi kualifikasi dokter menjadi dua yaitu *employee* dan *independent contractor*, namun pembagian ini tergantung pada situasi dan kondisi jadi tidak ada ketentuan yang jelas mengatur.[437] Batasan dari pembagian ini adalah derajat pengawasan dan ketergantungan *(degree of control and independence)* yang dapat dikelompokkan sebagai berikut :

[437]Alan A. Ayers, 'Which Way to Go : The Pros and Cons of 1099 vs W-2 Income For Urgent Care Physicians', *JUCM The Journal of Urgent Care Medicine*, July-Agustus 2018, dari www.jucm.com diakses pada 25 Agustus 2022.

	Independent Contractor	*Employee*
Jadwal	Mengatur jadwal sendiri	Jadwal kerja diatur oleh rumah sakit, jadwal rutin penting untuk bisnis rumah sakit
Pertanggungan risiko kerja	Ditanggung pribadi oleh dokter	Pemberi kerja memberikan asuransi
Fasilitas	Ditanggung pribadi oleh dokter	Disediakan oleh pemberi kerja (misalnya : dana pensiun, asuransi kesehatan, pelatihan)
Pengawasan	Tidak ada pengawasan	Pemberi kerja berhak melakukan pengawasan *(right of control)*
Upah	Berdasarkan pekerjaan yang dilakukan	Upah tertentu (tetap)

Tabel 2. Kualifikasi hubungan kerja dokter dan rumah sakit (Amerika Serikat)

Pengelompokan ini berguna untuk mewujudkan keadilan yang proporsional dalam menentukan tanggung jawab apabila terjadi tuntutan malpraktik. Apabila tidak ada pengelompokan kualifikasi hubungan kerja dokter dangan rumah sakit pada umumnya pihak rumah sakit akan lepas tanggung jawab apabila ada kasus hukum. Padahal berdasarkan prinsip *vicarious liability* atau *respondeat superior* maka ada ketentuan tentang tanggung jawab tersebut. Rumah sakit bertanggung jawab terhadap kelalaian yang dilakukan oleh pekerjanya dalam hubungan ranah pekerjaannya. Berdasarkan *vicarious theory of liability*, tanggung jawab tidak hanya berdasarkan kesalahan atau kelalaian pekerja tetapi juga adanya peran pemberi kerja (rumah sakit) dalam hal tanggung jawab dalam melakukan perekrutan, pengawasan, maupun pelatihan. Selain itu kejadian tersebut tentunya berhubungan dengan bisnis rumah sakit.[438] Apabila dokter tersebut adalah *independent contractor* dan rumah sakit benar-benar dapat membuktikan hal tersebut maka tidak terjadi *vicarious liability*.

[438]*Russell G. Thornton, 'Responsibility For The Acts of Others', Proc (Bayl Univ Med Cent)*, 2010 Jul; 23(3): 313–315, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2900989/ diakses pada 25 Agustus 2022.

Namun tentunya pasien tidak mengetahui apakah dokter yang ada di rumah sakit dan merawatnya adalah seorang *employee* atau *independent contractor.* Berdasarkan prinsip *ostensible agency*, maka pasien tidak perlu tahu tentang hal ini, karena setiap dokter yang merawatnya meskipun merupakan independent contractor tetapi sepanjang pengetahuan pasien bahwa dokter tersebut merupakan bagian dari rumah sakit. Apabila kesalahan yang dilakukan oleh dokter juga diakibatkan karena kesalahan rumah sakit maka rumah sakit tetap harus bertanggung jawab, karena dalam pelayanan pasien rumah sakit mempunyai empat area tanggung jawab sebagai berikut :[439]

a. Kewajiban mempertahankan keamanan fasilitas dan peralatan.
b. Kewajiban menentukan dan mengawasi kompetensi dokter.
c. Kewajiban mengawasi perawatan dokter pada pasien.
d. Kewajiban memastikan aturan dilaksanakan untuk menjamin kualitas pelayanan.

Doktrin *vicarious liability* di Inggris sudah mengalami perkembangan yaitu tidak hanya berdasarkan hubungan kerja dokter dan pasien dalam hal *employee-employer* tetapi pertanggungjawaban juga didasarkan pada prinsip *akin to employment.* Contoh kasus yang menjadi yurisprudensi adalah *"independent contractor defence" in Barclays Bank plc v Various Claimants.*[440] Tidak adanya kontrak kerja tidak menjadi alasan peniadaaan *vicarious liability.* Pada kasus ini

[439]Gregory T. Perkes, 'Medical Malpractice - Ostensible Agency and Corporate Negligence - Hospital Liability May Be Based on Either Doctrine of Ostensible Agency or Doctrine of Corporate Negligence', *17 St. MARY's L.J. 551* (1986), https://heinonline.org/HOL/Page?handle=hein.journals/stmlj17&collection=journals&id=563&startid=&endid=590 diakses pada 26 Agustus 2022.

[440]Barclays Bank plc v Various Claimants [2018] EWCA Civ 1670, [2018] IRLR 947 at [61].

mahkamah agung diminta memutuskan apakah Barclay Bank dapat dimintai pertanggungjawaban atas kekerasan seksual yang dilakukan antara tahun 1968-1984 oleh dokter Gordon Bates yang telah meninggal pada tahun 2009. Dokter Bates adalah seorang dokter praktek mandiri yang juga melakukan pemeriksaan terhadap calon pegawai Barclay Bank dan mempunyai kewenangan untuk mengeluarkan *"Barclays Confidential Medical Report".* Bates dibayar atas setiap hasil laporan yang dikeluarkannya dan tidak mempunyai hubungan kerja menetap dengan pihak bank serta melakukan pemeriksaan tersebut di praktek pribadi di rumahnya. Pada tahun 2009 setelah Bates meninggal, sebanyak 126 pegawai yang pernah diperiksa oleh Bates mengajukan tuntutan pada Barclay Bank. Pengadilan memutuskan bahwa *vicarious liability* dapat diterapkan pada kasus ini karena :[441]

a. Bank dianggap lebih mampu untuk memberikan ganti rugi dibandingkan Bates.
b. Pemeriksaan yang dilakukan Bates adalah untuk kepentingan Barclay Bank serta merupakan bagian dari proses bisnis bank tersebut.
c. Risiko pelanggaran hukum terjadi karena proses yang dilakukan oleh bank.
d. Seharusnya Barclay Bank melakukan kontrol yang ketat akan proses pemeriksaan termasuk pertanyaan yang seharusnya diberikan hingga dapat dikeluarkan hasil pemeriksaan.

[441]Yiqiang Shao, 'Evolution of Vicarious Liability: How the Independent Contractor Defence was Lost', *Public Interest Law Journal of New Zealand* (2019) 6 PILJNZ 63, http://www.nzlii.org/cgi-bin/download.cgi/cgi-bin/download.cgi/download/nz/journals/NZPubIntLawJl/2019/4.pdf diakses pada 26 Agustus 2022.

Pengadilan menetapkan bahwa pemeriksaan calon pegawai tersebut berkaitan erat *(closely connected)* dengan adanya hubungan antara dokter Bates dan Barclay Bank.

Saat ini rumah sakit pada umumnya telah mempunyai HBL karena rumah sakit mempunyai kewajiban harus melaksanakan akreditasi seperti halnya tercantum di dalam Pasal 55 angka (1) PP Perumahsakitan yakni dalam upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit, wajib dilakukan akreditasi secara berkala minimal tiga tahun sekali. Berdasarkan KMK HBL disebutkan bahwa HBL merupakan salah satu syarat kelulusan akreditasi karena di dalam akreditasi terdapat parameter-parameter yang harus dipenuhi oleh rumah sakit yang terkait dengan ada tidaknya HBL. Namun pada kenyataannya HBL yang dibuat terkadang hanya sekedar memenuhi persyaratan akreditasi saja namun isinya belum sepenuhnya sesuai dengan pedoman yang ada misalnya di KMK HBL, sehingga masih belum dapat bermanfaat sebagaimana mestinya. Masih banyaknya terjadi masalah hukum dapat disebabkan karena masih kurang sesuainya HBL yang dimiliki rumah sakit dengan tujuan disusunnya HBL itu sendiri. Misalnya terkait penanganan keluhan pasien *(handling complain).* Seharusnya berdasarkan PP Perumahsakitan Pasal 44 angka (5) bahwa untuk memenuhi hal pasien dalam penyampaian keluhan maka rumah sakit harus mempunyai unit pelayanan pengaduan. Semestinya karena hal ini terkait dengan strategi menejemen risiko maka harus dicantumkan di dalam HBL.

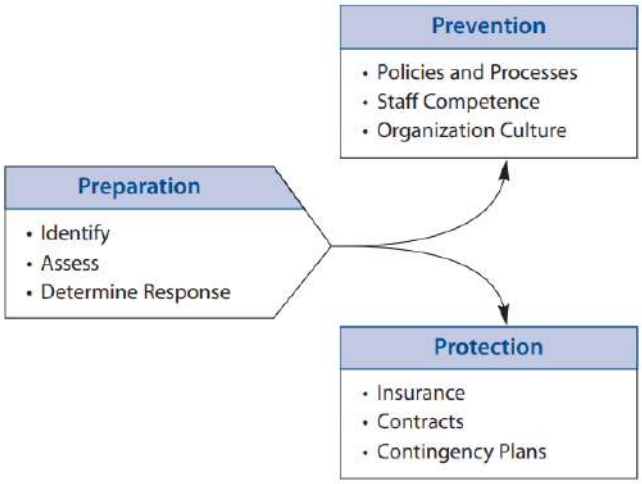
Sesuai dengan tujuan disusunnya HBL seperti telah dipaparkan sebelumnya maka HBL yang ada di tiap fasilitas pelayanan kesehatan terutama

rumah sakit secara khusus harus dapat mewujudkan transparansi dalam relasi dokter dan pasien. Penyusunan HBL benar-benar harus memperhatikan sejauh mana tanggung jawab organisasi pemilik atau yang mewakilinya dalam menentukan transparansi yang harus disampaikan kepada masyarakat maupun transparansi pada relasi staf medis dengan pasien dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit. Seberapa besar tanggung jawab organisasi pemilik atau yang mewakilinya serta tanggung jawab direktur rumah sakit apabila terjadi konflik maupun sengketa antara staf medis dan pasien juga harus tercantum di dalam HBL. Demikian juga sebagaimana tercantum di dalam Pasal 46 UU Rumah Sakit bahwa "rumah sakit bertanggung jawab secara hukum terhadap semua kerugian yang ditimbulkan atas kelalaian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di rumah sakit" maka di dalam peraturan internal ini juga harus tercantum tentang pertanggungjawaban rumah sakit seperti halnya diatur oleh peraturan perundang-undangan yang ada. Karena itu HBL pada bagian peraturan internal organisasi rumah sakit minimal harus memenuhi unsur berikut ini sehingga dapat mewujudkan keadilan bagi dokter dan juga pasien dalam hal pertanggungjawaban berdaasarkan *vicarious liability* selain yang telah ditetapkan dalam KMK HBL:

1. Perlu adanya *code of conduct* bagi pemilik maupun pengelola rumah sakit
2. Hubungan antara pemilik, pengelola, staf medis di rumah sakit beserta alur pertanggungjawabannya.
3. Perjanjian kerja dokter dan rumah sakit
4. Menejemen risiko yang meliputi :

d. sumber risiko atau *potential loss or liability* yang berasal dari kewajiban kontraktual, kelalaian, aturan atau regulasi, transparansi dan akuntabilitas.

e. strategi menghadapi risiko



Gambar 2. Strategi menejemen risiko[442]

Strategi menejemen risiko mempunyai peranan penting sehingga perlu dicantumkan di dalam HBL karena tidak hanya menjamin kualitas pelayanan pasien tetapi juga menjamin berlangsungnya operasional rumah sakit. Batasan tanggung jawab terhadap masing-masing bagian dalam strategi ini harus jelas diuraikan. Persiapan dalam mengidentifikasi risiko, menentukan risiko dan menentukan rencana serta pembagian risiko. Pencegahan terjadinya risiko meliputi kebijakan yang harus selalu dievaluasi dan dilakukan perbaikan, membangun budaya organisasi yang baik, serta memastikan kompetensi staf medis yang selanjutnya akan lebih dijabarkan lebih detail di dalam MSBL.

[442]The American Hospital Association, 'Center for Healthcare Governance, The Guide to Good Governance for Hospital Boards', 2009, https://trustees.aha.org/sites/default/files/trustees/09-guide-to-good-governance.pdf diakses pada 27 Agustus 2022.

Selanjutnya adalah melakukan proteksi terhadap efek risiko misalnya terkait perencanaan tentang asuransi, sistem kontrak yang meminimalkan risiko, dan rencana alternatif dan kesiapan tidak hanya dalam hal keuangan rumah sakit tapi dalam menghadapi bencana.

3.1.2 Peraturan Internal Staf Medis *(Medical Staff Bylaws)* sebagai pedoman untuk mewujudkan prinsip transparansi dalam relasi dokter-pasien

Clinical governance menurut Sally and Donaldson[443] yang ditulis dalam *'Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England'* pada tahun 1998 adalah "*A system through which NHS organisations are accountable for continuously improving the quality of their services and safeguarding high standards of care by creating an environment in which excellence in clinical care will flourish"* atau dapat dikatakan bahwa *clinical governance* yang selanjutnya akan disebut sebagai tata kelola klinis adalah suatu sistem atau sebuah kerangka yang dibuat oleh *National Haealth System (NHS)* dan harus dipertanggungwabkan NHS dengan tujuan untuk peningkatan yang berkelanjutan dari kualitas pelayanan kesehatan dan standar jaminan keamanan pelayanan dengan mewujudkan lingkungan yang mendukung. Sehingga jelas bahwa tujuan tata kelola klinis adalah mempertahankan dan meningkatkan standar perawatan pasien dan harus diwujudkan oleh organisasi layanan kesehatan yang

[443]"What Is Clinical Governance and What Are the 7 Pillars?", *Radar Health Care*, Februari 2021, https://radarhealthcare.com/news-blogs/what-is-clinical-governance-and-what-are-the-7-pillars/ diakses pada 14 Januari 2022.

selalu dilakukan pengawasan oleh *CQC (Care Quality Commission).* Terdapat tujuh pilar dari tata kelola klinis yang baik yaitu :[444]

1. *Clinical effectiveness*, yaitu semua perawatan yang dilakukan harus bertujuan menghasilkan hasil yang terbaik untuk pasien
2. *Risk management*, yaitu meminimalkan risiko yang mungkin timbul dalam perawatan pasien dengan cara identifikasi masalah, memperbaiki kekurangan berdasarkan pengalaman yang sebelumnya, mengurangi risiko dengan menggunakan *risk system*, dan melaporkan kejadian yang tidak diharapkan yang telah terjadi maupun yang hampir terjadi.
3. *Public and patient involvement,* menjalin komunikasi dengan masyarakat dan pasien tentang kualitas pelayanan dan permasalahn yang ada.
4. *Audit*, bertujuan untuk melakukan pengawasan terhadap kualitas pelayanan berdasarkan pedoman yang ada. Audit dilakukan secara berkala untuk memastikan bahwa yang dilakukan sudah mengalami perbaikan.
5. *Staff management,* memastikan bahwa semua yang melakukan pelayanan kesehatan sudah sesuai, sedangkan yang belum dapat memenuhi standar akan dilakukan peningkatan. Hal ini akan terwujud dengan adanya motivasi dan lingkungan pekerjaan yang mendukung.
6. *Education and Training,* pemberi layanan kesehatan harus sealu meningkatkan pengetahuan sehingga dapat memberikan pelayanan yang baik.
7. *Information,* harus dipastikan bahwa informasi terkait pasien harus selalu diperbaharui *(up to date)* dengan tetap memperhatikan kerahasiaan

[444] *Ibid.*

Menurut *Australian Commision on Safety and Quality in Health Care, clinical governance* diartikan sebagai :[445]

> "*the set of relationships and responsibilities established by a health service organisation between its state or territory department of health, governing body, executive, workforce, patients, consumers and other stakeholders to ensure good clinical outcomes; Clinical governance is an integrated component of corporate governance of health service organisations."*

Menurut Pasal 4 UU Rumah Sakit disebutkan bahwa salah satu kewajiban rumah sakit adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara paripurna. Paripurna tidak hanya diartikan sebagai pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, tetapi pelayanan paripurna yang dilakukan juga harus berdasarkan standar yang sesuai sehingga kualitas dapat dipertahankan bahkan ditingkatkan. Standar yang dimaksud di sini adalah standar pelayanan rumah sakit menurut penjelasan Pasal 13 UU Rumah Sakit yaitu pedoman yang harus diikuti dalam menyelenggarakan Rumah Sakit antara lain Standar Prosedur Operasional, standar pelayanan medis, dan standar asuhan keperawatan.

Berdasarkan Pasal 27 PP Penyelenggaraan Perumahsakitan disebutkan bahwa dalam melaksanakan kewajibannya rumah sakit harus menyelenggarakan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis yang baik. Tata kelola rumah sakit diartikan sebagai *good governance* dan tata kelola klinis adalah *good clinical governance.* Pasal 27 ini dipertegas pada Pasal 51 PP Penyelenggaraan Perumahsakitan yaitu rumah sakit menuyusun dan melaksanakan peraturan

[445]*Clinical Governance*, https://www.safetyandquality.gov.au/our-work/clinical-governance diakses pada 14 Januari 2022.

internal berupa penyusunan dan pelaksanaan kebijakan umum pelayanan rumah sakit yang mendukung tata kelola korporasi dan tata kelola klinis yang baik. Peraturan internal rumah sakit disusun berupa peraturan organisasi rumah sakit *(corporate bylaws)* dan peraturan staf medik rumah sakit *(medical staff bylaws).* Pada Pasal 51 ayat (3) disebutkan bahwa selain membentuk peraturan internal staf medis, rumah sakit dapat membuat peraturan staf klinik rumah sakit lainnya sesuai dcngan kebutuhan rumah sakit untuk mendukung tata kelola klinis rumah sakit. Sayangnya pada penjelasan Pasal 51 Penyelenggaraan Perumahsakitan tidak disebutkan perbedaan antara peraturan staf medis dan peraturan staf klinis. Dalam peraturan yang berlaku terkait peraturan staf medis yaitu Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 755/Menkes/Per/IV/2011 Tentang Penyelenggaraan Komite Medik Di Rumah Sakit (selanjutnya disebut Permenkes Komite Medik) hanya mencantumkan definisi peraturan internal staf medis adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis *(clinical governance)* untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit, namun tidak ditemukan padanan atau pemakaian istilah peraturan staf klinik. Pada jurnal atau artilel internasional juga lebih umum dipakai istilah *medical staff bylaws*. Apabila mengacu pada UU Tenaga kesehatan, maka tenaga medis dimaksud adalah dokter dan dokter gigi. Menurut Black's Medical Dictionary, istilah *clinical* didefinisikan sebagai *"... the word is used to denote anything associated with the practical study or observation of sick people"* atau dapat dimaknai sebagai segala sesuatu yang berhubungan dengan perawatan pasien.[446] Apabila diartikan sebagai hal

[446]Harvey Marcovitch, *Op.Cit.*, h.134

yang berhubungan dengan perawatan pasien atau yang merawat pasien, maka peraturan staf klinik dapat dimaknai sebagai aturan yang mengatur semua staf di rumah sakit yang melakukan pelayanan kesehatan atau merawat pasien selain dokter dan dokter gigi, misalnya peraturan staf keperawatan.

Staf medis di rumah sakit terdiri dari dokter, dokter spesialis, dokter gigi, dan dokter gigi spesialis. Komite bukan hanya merupakan wadah bagi kelompok dokter sebagai staf medis tetapi merupakan organisasi non struktural yang dibentuk oleh pimpinan atau direktur rumah sakit (Pasal 5 Permenkes Komite Medik). Tugas utama komite medik adalah meningkatkan profesionalisme tenaga medis di rumah sakit seperti dijabarkan Pada Pasal 11 Permenkes Komite medik yaitu :

a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit;
b. memelihara mutu profesi staf medis;
c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis

Menurut ketentuan Pasal 10 Permenkes Komite Medik, ketiga tugas pokok tersebut dilakukan oleh tiga sub komite yaitu :

a. subkomite kredensial yang bertugas menapis profesionalisme staf medis;
b. subkomite mutu profesi yang bertugas mempertahankan kompetensi dan profesionalisme staf medis;
c. subkomite etika dan disiplin profesi yang bertugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis

Komite Medik mempunyai wewenang yang disebutkan dalam Pasal 12 Permenkes Komite Medik, yaitu :

a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis *(delineation of clinical privilege);*

b. memberikan rekomendasi surat penugasan klinis *(clinical appointment);*

c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis *(clinical privilege)* tertentu;

d. memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis *(delineation of clinical privilege);*

e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit medis;

f. memberikan rekomendasi pendidikan kedokteran berkelanjutan;

g. memberikan rekomendasi pendampingan *(proctoring);*

h. memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin

Menurut ketentuan Pasal 15 Permenkes Komite Medis, maka peraturan internal staf medis (*medical staff bylaws* selanjutnya disebut dengan MSBL) disusun oleh komite medis dan disahkan oleh direktur.

Unsur staf medis di rumah sakit merupakan unsur utama dalam pelayanan medis berupa tata kelola klinis. Tata kelola klinis yang baik akan mewujudkan perlindungan pasien dan juga berdampak pada perlindungan dokter. Posisi komite medik di bawah direktur atau kepala rumah sakit akan menjadikan segala sesuatu yang berkaitan dengan mutu, profesionalisme, dan etika rumah sakit tetap berada di bawah kendali direktur. Oleh karena itu dalam penyelenggaraannya maka

direktur harus menyediakan sumber daya berupa waktu, tenaga, biaya, sarana, dan prasarana agar tata kelola klinis dapat terselenggara dengan baik.

Wewenang komite medik untuk menentukan rekomendasi atas kewenangan klinis *(clinical privilege)* untuk staf medis tetap dapat dipertanggungjawabkan secara hukum karena adanya "buku putih" *(white paper)* tersebut mengacu pada berbagai norma profesi yang ditetapkan oleh kolegium setiap spesialisasi. Kewenangan klinis staf medis tidak hanya didasarkan pada *skill* dan *knowledge* saja tetapi kesehatan fisik, kesehatan mental, dan perilaku staf medis. Mekanisme penugasan klinis (*Clinical Appointment*) ini merupakan salah satu instrumen utama tata kelola klinis *(clinical governance)* yang baik karena tentunya hanya tenaga medis yang kompeten saja yang diberikan wewenang untuk melakukan suatu praktek kedokteran tertentu.

Menurut lampiran Permenkes Komite Medis, kontrak sosial terjadi antara para staf medis yang melakukan pelayanan medis dengan pasien. Kontrak tersebut dituangkan dalam dokumen peraturan internal staf medis (MSBL). *Patient safety* sangat terkait erat dengan profesionalisme staf medis, oleh karenanya kepala atau direktur rumah sakit bekerjasama dengan komite medik menyusun pengaturan layanan medis *(medical staff rules and regulations)*.

MSBL seperti halnya tertuang dalam Permenkes Komite Medik, mengatur hal-hal pokok yang terkait dengan penegakan profesionalisme tenaga medis dengan mengatur mekanisme pemberian izin melakukan pelayanan medis *(entering to the profession),* mekanisme mempertahankan profesionalisme *(maintaining professionalism),* dan mekanisme pendisiplinan *(expelling from the*

profession). MSBL berlaku paling lama tiga tahun dan selanjutnya dapat diperbarui sesuai dengan perkembangan yang ada. MSBL mengatur hal-hal berikut :

a. penyelenggaraan profesi medis
b. mekanisme tata kerja komite medik.
c. pembentukan komite medik.
d. tugas dan fungsi serta mekanisme kerja komite medik beserta ketiga subkomitenya, mitra bestari (peer-group).
e. mengatur tugas spesifik dari subkomite kredensial, subkomite mutu profesi, dan subkomite etika dan disiplin profesi.
f. mekanisme pengambilan keputusan sehingga MSBL menjadi dasar hukum yang sah bagi pengambilan keputusan komite medik juga bagi direktur rumah sakit dalam pengambilan keputusan sesuai dengan lingkup tugasnya yang terkait dengan staf medis.
g. mengatur mekanisme pertanggungjawaban komite medik kepada direktur terkait penyelenggaraan profesionalisme kedokteran di rumah sakit.
h. kewajiban direktur rumah sakit untuk menyediakan semua sumber daya yang dibutuhkan oleh komite medik untuk melaksanakan tugasnya.

MSBL tidak mengatur tidak mengatur hal-hal berikut :

a. hal yang bersifat pengelolaan rumah sakit, walaupun hal itu menyangkut tugas staf medis sehari-hari di rumah sakit, misalnya jasa medis, pembelian alat-alat medis, pengaturan jadwal jaga.
b. hak dan kewajiban para staf medis.

c. kesejahteraan staf medis.

Pelayanan kesehatan yang dilakukan pada pasien oleh dokter harus selaku terjaga kualitasnya. Karena staf medis dalam hal ini dokter merupakan bagian dari komite medik dan MSBL dibuat oleh komite medik itu sendiri, maka salah satu hal yang tercantum di dalam MSBL yaitu mengenai tugas masing-masing subkomite medik menjadi acuan untuk penegakan disiplin, etika, dan mutu pelayanan yang dilakukan oleh stas medis.

Subkomite kredensial bertugas melindungi keselamatan pasien dengan memastikan bahwa staf medis yang akan melakukan pelayanan medis dirumah sakit kredibel. Subkomite kredensial memastikan bahwa setiap pelayanan medis hanya dilakukan oleh staf medis yang benar-benar kompeten dalam dua aspek, kompetensi profesi medis yang terdiri dari pengetahuan, keterampilan, dan perilaku profesional, serta kompetensi fisik dan mental.

Subkomite mutu profesi berperan dalam menjaga mutu profesi medis. Mutu dan kualitas penatalaksanaan asuhan medis tergantung pada upaya staf medis memelihara kompetensi. Pengendalian mutu profesi dilakukan melalui pemantauan kualitas, misalnya morning report, pelaporan kasus sulit atau kasus kematian, ronde ruangan, audit medis, pembacaan jurnal. Selain itu dilakukan tindak lanjut terhadap temuan kualitas, misalnya pelatihan singkat, aktivitas pendidikan berkelanjutan, pendidikan kewenangan tambahan.

Subkomite etika dan disiplin profesi pada komite medik di rumah sakit dibentuk dengan tujuan untuk melindungi pasien dari pelayanan staf medis yang tidak memenuhi syarat *(unqualified)* dan tidak layak *(unfit/unproper)* dalam

melakukan asuhan klinis *(clinical care).* Subkomite etik juga bertugas membantu memberikan pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis.

Dalam kaitan dengan transparansi dokter dan pasien keberadaan MSBL dapat mendorong budaya transparansi meskipun di dalam MSBL tidak berisikan hak dan kewajiban staf medis. Penjabaran tugas dan wewenang komite medik beserta subkomitenya akan berpengaruh pada transparansi. Di antara staf medis akan makin membiasakan transparasi misalnya melalui audit medis apabila terjadi suatu kasus kematian atau kasus sulit, bukan dengan tujuan untuk mencari kesalahan *(blame culture),* tetapi audit ini bertujuan agar tidak kembali terulang kesalahan yang sama pada staf medis yang sama atau pada staf medis yang lain.

Pengendalian mutu tidak hanya didasarkan pada sisi kompetensi pengetahuan dan ketrampilan namun juga sisi etika. Staf medis dengan pemantauan dan pengendalian dari komite medik akan semakin menyadari bahwa pada umumnya pelanggaran etika merupakan pintu masuk dari pelanggaran hukum yang mungkin akan berujung pada sengketa medis. Salah satu contoh misalnya dokter yang tidak dapat meluangkan waktu untuk berkomunikasi secara empati dengan pasien sehingga pasien tidak mempunyai kepercayaan untuk menyampaikan keluhan dan penyakitnya secara terbuka pada dokter akan menyebabkan dokter tidak dapat menegakkan diagnosa dengan tepat.

Transparansi dalam hal *performance* atau hasil kinerja dokter pada masyarakat luas masih belum menjadi budaya di Indonesia meskipun di dalam Pasal 27 PP Penyelenggaraan Perumahsakitan bahwa rumah sakit memberikan informasi yang benar tentang pelayanan rumah sakit kepada masyarakat, yang

diperjelas pada Pasal 32 bahwa informasi kinerja pelayanan paling sedikit berupa hasil pencapaian indikator nasional mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit. Informasi kinerja ini bukan memberikan informasi tentang hasil kerja dokter secara individual.

Transparansi secara individual tentang kinerja ahli bedah jantung pernah dilakukan di beberapa negara bagian di Amerika Serikat misalnya New York dan Pennsylvania pada awal tahun 1990an, sedangkan keterbukaan dalam hal kinerja dokter dimulai di UK pada tahun 2004. Ternyata keterbukaan ini mempunyau efek samping *defensive medicine* yaitu suatu tindakan yang dimotivasi oleh keinginan untuk melindungi dri sendiri dari ancaman tuntutan malpraktik.[447]

Clarke and Oakley[448] mengemukakan transparansi seharusnya dilakukan oleh institusi bukan secara individual. Pilihan pasien akan layanan kesehatan yang dipilih pasien tidak hanya berdasarkan informasi dari kinerja dokter saja, tetapi lebih diutamakan karena informasi yang adekuat yang dapat diakses pasien karena landasan utama relasi dokter dan pasien adalah kepercayaan. Pilihan pasien terhadap pelayanan kesehatan misalnya rumah sakit tidak hanya tergantung dari kinerja dokter tetapi juga dipengaruhi oleh kinerja tim secara keseluruhan. Oleh karena itu transparansi hasil kinerja sebaiknya dilakukan secara institusional bukan secara individual.[449]

Meskipun MSBL tidak secara khusus berisi hak dan kewajiban staf medis dalam hal ini dokter, tetapi MSBL utamanya adalah mengatur tentang keprofesian

[447]Steve Clarke, Justin Oakley, *Informed Consent and Clinician Acccountability : the ethics of report cards on surgeon performance*, Cambridge University Press, 2007, h.263.
[448]*Ibid.*
[449]*Ibid*., h.49.

untuk menjamin kualitas pelayanan kesehatan beserta pertanggungjawabannya. Maka di dalam MSBL harus jelas memuat sejauh mana pertanggungjawaban dokter dan direktur rumah sakit apabila didapatkan pelanggaran pelaksanana prinsip transparansi dalam relasi dokter dan pasien. Pelaksanaan prinsip tranparansi antara dokter dan pasien dalam transaksi terapeutik merupakan tanggung jawab profesi dan juga dalam rangka menegakkan profesionalitas staf medis.

3.1.3 Peraturan internal staf klinis *(Clinical staff bylaws)* sebagai pendukung terselenggaranya prinsip transparansi

Seperti telah disebutkan sebelumnya bahwa PP Penyelenggaraan Perumahsakitan memiliki sedikit perbedaan dibandingkan UU Rumah Sakit dalam hal mewujudkan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis yang baik. Pada Pasal 51 angka (3) PP Penyelenggaraan Perumahsakitan jelas menyebutkan bahwa untuk mendukung tata kelola klinis rumah sakit, selain peraturan staf medis, rumah sakit dapat membuat peraturan staf klinik Rumah Sakit lainnya sesuai dcngan kebutuhan rumah sakit. Ketentuan untuk menyusun peraturan staf klinik ini bukanlah merupakan suatu keharusan. Apalagi dengan tidak adanya penjelasan tentang definisi peraturan staf klinik pada bagian penjelasan PP Penyelenggaraan Perumahsakitan.

Pada tahun 2013 American Medical Association (AMA) memberikan perbedaan batasan antara *Qualified Health Care Professional (QHP)* dan *clinical*

staff.[450] AMA memberikan penjabaran, *"physician or other qualified health care professional" is an individual who is qualified by education, training, licensure/regulation (when applicable), and facility privileging (when applicable) who performs a professional service within his/her scope of practice and independently reports that professional service."* Sedangkan staf klinik dijabarkan sebagai, *"a person who works under the supervision of a physician or other qualified health care professional and who is allowed by law, regulation and facility policy to perform or assist in the performance of a specified professional service but who does not individually report that professional service".* AMA menyebutkan bahwa yang termasuk *clinical staff* adalah : *Anesthesiologist Assistant (AA), Certified Nurse Mid-Wife (CNM), Certified Registered Nurse Anesthetist (CRNA), Certified Nurse Mid-Wife (CNM), Clinical Nurse Specialist (CNS), Clinical Social Worker (CSW), Nurse Practitioner (NP), Physician Assistant (PA), Physical Therapist (PT), Other potential QHPs: Athletic Trainer, Dietitian.*

Indonesia belum mengenal secara umum istilah staf klinik, namun sudah umum dikenal istilah staf medis. Apabila ditinjau dari Pasal 11 angka (1) UU Tenaga Kesehatan, yang tergolong sebagai tenaga kesehatan selain tenaga medis adalah :

a. tenaga psikologi klinis
b. tenaga keperawatan

[450]Indiana State Medical Association, " What is a Qualified Health Professional (QHP), clinical staff member?", https://www.ismanet.org/pdf/education/QHP10-6-16.pdf diakses pada 10 Juli 2022.

c. tenaga kebidanan
d. tenaga kefarmasian
e. tenaga kesehatan masyarakat
f. tenaga kesehatan lingkungan
g. tenaga gizi
h. tenaga keterapian fisik
i. tenaga keteknisian medis
j. tenaga teknik biomedika
k. tenaga kesehatan tradisional
l. tenaga kesehatan lain

Oleh sebab itu, mengacu pada UU Tenaga Kesehatan ini maka staf klinik dapat diartikan sebagai tenaga kesehatan yang ada di rumah sakit yang tidak termasuk dalam tenaga medis yang terdiri dari dokter dan dokter gigi.

Apabila dilihat pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit (selanjutnya disebut KMK Standar Akreditasi) pada bagian Kualifikasi dan Pendidikan Staf (KPS), Profesional Pemberi Asuhan (PPA) adalah mereka yang bertanggungjawab memberikan asuhan pasien secara langsung termasuk bidan, nutrisionis, apoteker, fisioterapis, teknisi transfusi darah, penata anestesi, dan lainnya. sedangkan staf klinis adalah adalah staf yang menempuh pendidikan profesi maupun vokasi yang tidak memberikan pelayanan secara langsung kepada pasien. Tidak adanya pedoman yang mengelompokkan siapa saja yang tergolong staf klinis tentunya akan membuat kaburnya pelaksanaan terkait hal ini. Lebih

sesuai apabila staf klinis didefinisikan sebagai pemberi asuhan atau pemberi layanan kesehatan selain tenaga medis.

Penyusunan peraturan staf klinis atau yang dapat disebut sebagai *clinical staff bylaws*, tentunya akan sangat mendukung terwujudnya tata kelola klinis yang baik di rumah sakit karena pelayanan medis di rumah sakit tidak mungkin terselenggara apabila hanya dilaksanakan oleh tenaga medis tanpa didukung oleh tenaga kesehatan lainnya. Pasal 15 angka (1) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 49 Tahun 2013 Tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit (selanjutnya disebut PMK Komite Keperawatan) menyebutkan bahwa setiap rumah sakit wajib menyusun peraturan internal staf keperawatan dengan mengacu pada peraturan internal organisasi rumah sakit dan peraturan perundang-undangan yang berlaku demi mewujudkan tata kelola klinis yang baik di rumah sakit. Ketentuan ini tampaknya tidak sesuai dengan PP Penyelenggaraan Perumahsakitan yang tidak mewajibkan adanya peraturan staf klinis selain peraturan staf medis.

Pada lampiran PMK Komite Keperawatan dijabarkan pula Petunjuk Teknis Peraturan Internal Staf Keperawatan *(Nursing Staf bylaws).* Peraturan internal staf keperawatan merupakan peraturan penyelenggaraan profesi staf keperawatan dan mekanisme tata kerja komite keperawatan. Seperti halnya peraturan internal staf medis, peraturan internal staf keperawatan *(nursing staf bylaws)* bertujuan agar komite keperawatan dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik *(good clinical governance)* melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi, dan penegakan disiplin profesi. Peraturan internal staf

keperawatan dirasakan penting karena staf keperawatan salah satunya adalaha karena perawat merupakan jumlah terbesar dari tenaga kesehatan di rumah sakit, serta dianggap perlu diatur mekanisme pertanggungjawaban komite keperawatan kepada kepala atau direktur rumah sakit. Selain itu karena bentuk kewenangan perawat di rumah sakit adalah berupa delegasi sehingga perlu diperjelas tanggung jawab tenaga medis yang memberikan delegasi. Pernyatan tersebut menekankan bahwa apabila didapatkan suatu pelanggaran prinsip transparansi dalam relasi dokter dan pasien yang melibatkan komite keperawatan, maka tanggung jawab tetap berada pada tenaga medis yang memberikan delegasi.

Pada KMK Standar Akreditasi bagian Pengorganisasian dan Akuntabilitas Komite Medik, Komite Keperawatan, dan Komite Tenaga Kesehatan Lain menyebutkan dalam Standar Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS)-8 bahwa Komite Medik, Komite Keperawatan dan Komite Tenaga Kesehatan Lain menerapkan pengorganisasisannya sesuai peraturan perundang-undangan untuk mendukung tanggung jawab serta wewenang mereka. Jelas di sini dalam pelaksanaan tata kelola klinis di rumah sakit tidak hanya peraturan staf medis yang wajib ada, namun peraturan staf klinis selain perawat juga harus dibuat.

3.2 Dinamika implementasi prinsip transparansi dalam pelayanan kesehatan

a. Implementasi prinsip transparansi pada bencana non alam

Bencana adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat yang disebabkan, baik oleh

faktor alam dan/atau faktor non alam maupun faktor manusia sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda, dan dampak psikologis. Bencana non alam adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau rangkaian peristiwa nonalam yang antara lain berupa gagal teknologi, gagal modernisasi, epidemi, dan wabah penyakit.[451] Berdasarkan Pasal 26 angka (1) Undang-Undang Nomor 24 tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana (selanjutnya disebut UU Penanggulangan Bencana) disebutkan bahwa setiap orang tidak hanya berhak mendapatkan perlindungan sosial dan rasa aman, khususnya bagi kelompok masyarakat rentan bencana namun juga berhak untuk mendapatkan informasi secara tertulis dan/atau lisan tentang kebijakan penanggulangan bencana. Jelaslah di sini bahwa ha katas informasi yang harus dilaksanakan secara transparan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari penanganan bencana.

Pandemi yang disebabkan oleh virus SARS-CoV-2 (Covid-19) yang dialami di dunia saat ini semenjak kasus pertama muncul pada Bulan Desember 2019 telah ditetapkan sebagai bencana nasional non alam oleh Presiden Republik Indonesia sejak dikeluarkannya Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020 tentang Penetapan Bencana Non-Alam Penyebaran CORONA VIRUS DISEASE 2019 (COVID-19) Sebagai Bencana Nasional. Berdasarkan data yang dikeluarkan oleh Tim Komunikasi Komite Penanganan Corona Virus Disease 2019 (Covid-19) dan Pemulihan Ekonomi Nasional pada tanggal 4

[451]Badan Penanggulangan Bencana Nasional, "Definisi Bencana", https://www.bnpb.go.id/definisi-bencana diakses pada 20 Agustus 2022.

Januari 2022, di Indonesia didapatkan sebanyak 299 kasus baru dengan 3 penambahan jumlah kematian. Angka ini cukup menggembirakan meskipun apabila dilihat dari jumlah keseluruhan kasus di Indonesia mencapai 4.263.732dengan angka kematian sebanyak 144.105 kasus**.** Hal ini juga tidak terlepas dari cukup banyaknya cakupan vaksinasi Covid-19 di Indonesia yaitu penerima vaksin ke-1 bertambah 549.536 orang dengan total 166.653.867 orang. Sedangkan penerima vaksinasi ke-2 bertambah 369.597 orang dan total 114.565.936 orang.[452] Namun angka ini dikuatirkan akan melonjak lagi apabila masyarakat tidak patuh dalam menjalankan protokol kesehatan dan juga masih adanya masyarakat di beberapa daerah yang belum mendapatkan atau bahkan menolak mendapatkan vaksinasi Covid-19.

Keberhasilan penanggulangan pandemi Covid-19 khususnya di Indonesia, tidak akan dapat dilepaskan dari prinsip transparansi. Ada dua hal di dalam prinsip transparansi yang dapat dijadikan kajian terkait Covid-19 :

1. Keterbukaan informasi mengenai data dari pemerintah tentang jumlah penderita termasuk dalam hal ini keberhasilan dan kegagalan dalam usaha penanggulangannya *(disclosure and selective disclosure).*
2. Keterbukaan informasi dalam relasi dokter ataupun tenaga kesehatan lain dengan pasien dan keluarga pasien dalam pelayanan kesehatan di masa pandemi Covid-19 *(transparency).*

[452]*"*Angka Kesembuhan COVID-19 Terus Meningkat Hingga 4.114.969 Orang", https://covid19.go.id/berita/angka-kesembuhan-covid-19-terus-meningkat-hingga-4114969-orang diakses pada 4 Januari 2022

Penanganan pandemi Covid-19 merupakan tantangan khusus bagi banyak negara tidak hanya negara berkembang tetapi juga negara maju. Masing-masing negara menerapkan berbagai kebijakan dengan pertimbangan masing-masing. Beberapa menuai keberhasilan tetapi beberapa juga menuai kegagalan dalam penaggulangan pandemi.

Transparansi dan akuntabilitas merupakan salah satu unsur dari prinsip penanggulangan bencana, seperti dapat dilihat pada Pasal 3 angka (2) UU Penanggulangan Bencana. Minimnya transparansi pada awal identifikasi Covid-19 menciptakan misinformasi publik sehingga menciptakan spekulasi di ruang publik. Fenomena misinformasi pada penanganan wabah penyakit yang bahkan dapat mempercepat penyebaran suatu epidemi disebut sebagai infodemi. Infodemi dapat dikatakan berhubungan dengan kelimpahan informasi, baik akurat maupun tidak yang membuat masyarakat kesulitan untuk menemukan sumber yang terpercaya maupun panduan yang sahih ketika dibutuhkan.[453] Infodemi berisiko menimbulkan stigma, mispersepsi, maupun rumor dalam kondisi kegawatdaruratan masyarakat yang berpotensi menghambat penanganan pandemi. Menghadapi kelimpahan informasi tersebut, pemerintah dituntut untuk mampu menyediakan informasi yang cepat dan handal kepada masyarakat guna melawan infodemi yang terjadi. Misinformasi yang disertai kurangnya komunikasi dan minimnya transparansi menyebabkan turunnya kepercayaan masyarakat pada pemerintah.

[453]Alexander Arie Sanata Dharma dan Azhar Kasim, 'Infodemi Covid-19 dalam Perspektif Open Government: Sebuah Tinjauan Literatur', *JIIP: Jurnal Ilmiah Ilmu Pemerintahan* Vol. 6, No. 1, Tahun 2021, h.106, https://ejournal2.undip.ac.id/index.php/jiip/article/view/10372 diakses pada 4 Januari 2022.

Keterbukaan menjadi salah satu kunci sukses menangani pandemi. Dengan data kasus yang jelas, maka penelusuran kontak dapat dilakukan sehingga pendekatan kesehatan masyarakat berupa isolasi, karantina, hingga pembatasan komunitas dapat dilakukan dengan terarah. Sejumlah negara seperti Vietnam, Taiwan, hingga Singapura yang dinilai berhasil mengendalikan jumlah kasus Covid-19 mengimplementasikan pendekatan ini.[454] Keterbukaan di dalam masa pandemi beberapa kali menimbulkan pertentangan, misalnya UU Keterbukaan Informasi Publik dengan UU Kesehatan, terkait kerahasiaan pasien. Pertentangan ini bukan tidak mungkin terjadi akibat regulasi yang tidak memadai.[455]

Dalam Pasal 152 UU Kesehatan disebutkan bahwa pemerintah bertanggung jawab terhadap upaya pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan penyakit menular serta akibat yang ditimbulkannya. Upaya pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan penyakit menular ini dimaksudkan untuk melindungi masyarakat dari tertularnya oenyakit termasuk akibatnya seperti kecacatan, kematian, juga dampak ekonomi dan sosial. Berdasarkan Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020 tentang Penetapan Bencana Nonalam Penyebaran Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) Sebagai Bencana Nasional dan pernyatan World Health Organization (WHO) bahwa COVID-19 sebagai *Global Pandemic* tanggal 11 Maret 2020 dan belum dicabut sampai saat ini, maka sangat wajar apabila kondisi pandemi ini perlu dan masih harus diperhatikan secara khusus. Tentunya pemerintah telah berusaha menanggulangi

[454]*Ibid*., h.110.
[455]Muchammad Nasucha dan M. Ghozali Moenawar, "Covid-19, Asimetri Dan Keterbukaan Informasi Publik", Media, Komunikasi dan Informasi di Masa Pandemi Covid-19, h.83, https://eprints.uai.ac.id/1465/2/ILS0076-20_Isi-Artikel.pdf diakses pada 4 Januari 2022.

Covid-19 salah satunya dengan adanya pembentukan Gugus Tugas Percepatan Penanganan Corona Virus Disease 2019 (COVID-I9) sebagaimana yang diamanatkan oleh peratuaran perundangan-undangan yang ada. Penanganan dan pengendalian keadaan ini tidaklah cukup hanya melihat dari sisi penerima layanan kesehatan saja.

Pasal 3 UU Penanggulangan Bencana menyebutkan bahwa penanggulangan bencana harus berasaskan :

a. kemanusiaan;

b. keadilan;

c. kesamaan kedudukan dalam hukum dan pemerintahan;

d. keseimbangan, keselarasan, dan keserasian;

e. ketertiban dan kepastian hukum;

f. kebersamaan;

g. kelestarian lingkungan hidup; dan

h. ilmu pengetahuan dan teknologi.

Hak untuk menerima atau menolak pelayanan kesehatan adalah suatu bentuk otonomi pasien, namun sesuai Pasal 56 UU Kesehatan hak menolak sebagian atau seluruh tindakan yang akan diberikan kepadanya setelah menerima informasi secara lengkap tidak berlaku pada kondisi penyakit yang cepat menular kepada masyarakat yang lebih luas salah satunya adalah dalam kondisi terjadinya wabah. Penolakan perawatan pasien Covid-19 bukanlah menjadi masalah utama, tetapi masih didapatinya pasien atau keluarga pasien yang tidak jujur tentang hasil pemeriksaan diagnosa Covid-19, riwayat kontak dengan penderita, riwayat

perjalanan, maupun gejala penyakitnya. Tentunya kejadian yang seringkali dijumpai pada masa penanangan pandemi Covid-19 seperti ini akan membahayakan pemberi layanan kesehatan sehingga mengakibatkan ketidakadilan bagi pemberi layana kesehatan maupun pasien atau keluarga pasien lain yang saat itu dirawat bersama dengan pasien tersebut.

Sebagaimana disebutkan di dalam Pasal 5 Undang-Undang Wabah, penanggulangan wabah ini termasuk pemeriksaan, pengobatan, perawatan, dan penanganan jenazah akibat wabah. Maka segala upaya pelayanan kesehatan yang dilakukan merupakan bentuk penanggulangan wabah, sehingga apabila ada anggota masyarakat yang tidak mematuhinya akan dikenakan sanksi sesuai ketentuan yang berlaku sebagaimana tertulis di dalam pasal 14 Undang-Undang Wabah :

> (1) Barang siapa dengan sengaja menghalangi pelaksanaan penanggulangan wabah sebagaimana diatur dalam Undang-Undang ini, diancam dengan pidana penjara selama-lamanya 1 (satu) tahun dan/atau denda setinggi-tingginya Rp 1.000.000,- (satu juta rupiah).
>
> (2) Barang siapa karena kealpaannya mengakibatkan terhalangnya pelaksanaan penanggulangan wabah sebagaimana diatur dalam Undang-Undang ini, diancam dengan pidana kurungan selama-lamanya 6 (enam) bulan dan/atau denda setinggitingginya Rp 500.000,- (lima ratus ribu rupiah).
>
> (3) Tindak pidana sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) adalah kejahatan dan tindak pidana sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) adalah pelanggaran

Pasal 57 UU Tenaga Kesehatan menyebutkan bahwa hak tenaga kesehatan diantaranya memperoleh informasi yang lengkap dan benar dari Penerima Pelayanan Kesehatan atau keluarganya, dan memperoleh pelindungan atas keselamatan dan kesehatan kerja, perlakuan yang sesuai dengan harkat dan

martabat manusia, moral, kesusilaan, serta nilai-nilai agama. Tenaga kesehatan disini dimaksudkan adalah tenaga kesehatan sesuai UU Tenaga Kesehatan dan Tenaga Medis (Mahkamah Konstitusi melalui putusan pengujian undang-undang Nomor 82/PUU-XIII/2015 mengeluarkan dokter, dokter gigi, dokter spesialis sebagai tenaga kesehatan, dan penyebutan ketiga profesi tersebut adalah tenaga medis).

Setiap orang yang bekerja di rumah sakit juga mendapatkan perlindungan kesehatan dan keselamatan kerja (K3) seperti yang tercantum di dalam Pasal 86 Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan bahwa setiap pekerja mempunyai hak untuk memperoleh kesehatan dan keselamatan kerja. Pengelolaan K3 memiliki dampak langsung terhadap kondisi pekerja, pekerjaan dan lingkungan. Selain itu pengelolaan K3 juga akan berdampak secara tidak langsung pada perekonomian diantaranya menurunkan produkifitas dan menambah beban pengeluaran terkait dengan biaya kesehatan.[456] Pada Pasal 7 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di fasilitas Pelayanan Kesehatan disebutkan bahwa salah satu standar kewaspadaan K3 dalam pelayanan kesehatan adalah alat pelindung diri. Oleh karena itu kelangkaan alat pelindung diri bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan seharusnya dapat membebaskan tuntutan bagi tenaga kesehatan yang

[456]M.Nur Solikin dan Herawati, 'Aspek Hukum Keselamatan dan Kesehatan Kerja Bagi Tenaga Kesehatan dan Tenaga Medis di Masa Pandemi', *Majalah Hukum Nasional* ,Volume 50 Nomor 2 Tahun 2020, h.163-182, h. 170, http://mhn.bphn.go.id/index.php/MHN/article/view/74. diakses pada 5 Januari 2022.

tidak melakukan pertolongan pada saat pandemi Covid-19 karena membahayakan keselamatannya sendiri. Sayangnya hal ini kurang mendapat kepastian hukum yang jelas, sehingga menimbulkan keraguan pada tenaga kesehatan untuk tidak melakukan penanganan pada pasien terutama dalam situasi gawat darurat, mengingat Pasal 59 UU Tenaga kesehatan menyebutkan Tenaga Kesehatan yang menjalankan praktik pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan wajib memberikan pertolongan pertama kepada Penerima Pelayanan Kesehatan dalam keadaan gawat darurat dan/atau pada bencana untuk penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan. Tetapi apabila merujuk pada Pasal 69 UU Tenaga kesehatan ini yang menyebutkan bahwa pelayanan kesehatan masyarakat harus ditujukan untuk kepentingan masyarakat dan tidak melanggar hak asasi manusia, maka apabila kondisi yang tidak memungkinkan karena tidak terpenuhinya K3 dalam pelayanan kesehatan dapat dianggap melanggar hak asasi manusia dari sisi pemberi layanan kesehatan.

Transparansi dalam pelayanan kesehatan di masa pandemi harus secara aktif disampaikan kepada pasien bahwa pasien dan atau keluarganya harus jujur menyampaikan riwayat perjalanan, riwayat kontak, gejala yang dialaminya, dan riwayat pemeriksaan apabila memang terkorfirmasi Covid-19. Demikian juga akibat hukum yang akan diterima apabila ternyata diketahui secara sengaja pasien atau keluarganya menyembunyikan kondisi tersebut. Tentunya hal ini harus dilakukan dengan komunikasi yang baik dengan tetap memperhatikan etika dan empati dengan kondisi pasien saat itu. Pihak pemberi layanan kesehatan pun harus secara transparan menyampaikan kepada pasien atau keluarga pasien mengenai

kondisi pasien sesuai aturan yang berlaku demikian juga kondisi rumah sakit termasuk kemampuan pelayanan yang mampu diberikan saat itu dan selama pasien menjalani perawatan.

b. Implementasi prinsip transparansi di era Jaminan Kesehatan Nasional

Sebagaimana diamanatkan dalam Pasal 5 UU Kesehatan, setiap orang mempunyai hak dalam memperoeh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau. Pernyataan ini sesuai dengan dasar disusunnya Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (selanjutnya disebut UU SJSN), yaitu bahwa setiap orang berhak atas jaminan sosial untuk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak dan meningkatkan martabatnya menuju terwujudnya masyarakat Indonesia yang sejahtera, adil dan Makmur. Oleh karena itu dibentuklah Sistem Jaminan Sosial Nasional yang memberikan jaminan sosial yang menyeluruh bagi seluruh rakyat Indonesia. Sistem Jaminan Sosial Nasional ini sendiri adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggaraan jaminan sosial. Berdasarkan pasal 4 UU SJSN prinsip SJSN adalah :

a. kegotong-royongan

b. nirlaba

c. keterbukaan

d. kehati-hatian

e. akuntabilitas

f. portabilitas

g. kepesertaan bersifat wajib

h. amanat hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.

Prinsip keterbukaan dan akuntabilitas menjadi salah unsur utama dalam penyelenggaraan SJSN. Dalam penjelasan UU SJSN dijelaskan pengertian prinsip keterbukaan penyelenggaraan SJSN adalah kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi dan efektivitas, yang ini diterapkan dan mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya. Sedangkan secara khusus penjelasan Pasal 4 UU SJSN tentang keterbukaan adalah prinsip mempermudah akses informasi yang lengkap, benar, dan jelas bagi setiap peserta.

Program SJSN ini sebenarnya sebagai perwujudan Pasal 28H ayat 3 UUD 1945 yaitu Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat. Pada beberapa jurnal internasional jaminan kesehatan disebut sebagai *health insurance, health care benefit, health security*, atau *universal health coverage*. Penelitian dari WHO lebih umum disebut sebagai *health insurance* atau *universal health coverage.* Menurut Nicolas Magens yang dikutip oleh Roberia, makna *insurance* dalam bidang hukum memiliki tiga unsur yaitu *contracting parties (insured dan insurer), premium, satisfy any loss, damage, or accident*.[457] Menurut Hasbullah Thabrany[458], asuransi sosial dibangun atas prinsip dasar yang umumnya mencakup kepesertaan yangbersifat wajib, paket jaminan kesehatan yang relative sama, dengan iurang yang proporsional terhadap pendapatan. Kebanyakan

[457]Roberia, *Hukum Jaminan Kesehatan Solusi Konstitusional Mengatasi Defisit Dalam Mewujudkan Negara Kesejahteraan Pancasila*, Gramata Publishing, Jakarta, 2019, h.39.
[458]*Ibid*., h.43

asuransi sosial bersifat wajib yang merujuk pada kata *compulsory*, dapat diartikan sebagai diperintahkan berdasarkan peraturan-perundang-undangan atau berdasarkan ketetapan hukum yang diterbitkan lembaga pemerintah yang berwenang.[459] Asuransi kesehatan sendiri dalam *Black's law Dictionary* disebutkan sebagai *insurance covering medical expenses resulting from sickness and injury*.[460] Namun asuransi kesehatan tidak hanya berupa asuransi sosial atau publik. Ada juga asuransi kesehatan yang bersifat privat. Mengacu pada penjelasan WHO, asuransi privat dapat mengacu pada tiga kategori yaitu *private for-profit or commercial health insurance*, *private not for-profit health insurance (voluntary health insurance), community health insurance*. Pembeda utama dengan asuransi kesehatan sosial adalah asuransi kesehatan privat bersifat sukarela.[461]

Untuk mewujudkan jaminan sosial dalam bidang kesehatan maka dibentuklah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (selanjutnya disebut BPJS) berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (selanjutnya disebut UU BPJS). Pada Pasal UU BPJS disebutkan salah satu prinsip penyelenggaran BPJS adalah keterbukaan yang di dalam penjelasan dimaknai sebagai prinsip mempermudah akses informasi yang lengkap, benar, dan jelas bagi setiap Peserta.

Pada dasarnya semua suransi merupakan suatu bentuk perjanjian. Tetapi UU SJSN tidak mencantumkan sistem jaminan sosial sebagai perjanjian. Menurut

[459]*Ibid*., h.45.
[460]Bryan A. Garner, *Op. Cit*, h.2346.
[461]Roberia, *Op.cit*., h.53.

UU SJSN mekanisme dasarnya adalah pengumpulan dana yang bersifat wajib yang berasal dari iuran yang memberikan perlindungan atas risiko sosial ekonomi yang menimpa peserta dan/atau keluarganya, dengan tujuan sistem adalah kesejahteraan sosial. Namun meski UU SJSN tidak menyebutkan unsur perjanjian tetapi sebenarnya tetap ada unsur perjanjian di sini. Adanya subjek perjanjian yakni antara penanggung (BPJS Kesehatan) dan tertanggung (peserta), serta ada objek yang diperjanjikan.[462] Namun sebenarnya meskipun dasar penyelenggaraan BPJS ini menyangkut keterbukaan dalam hal tersedianya informasi, pada kenyataannya masih banyak peserta yang tidak mendapat akses informasi yang jelas tentang kepesertaannya. Salah satu penyebab dari hal ini adalah karena perjanjian yang dilakukan lebih bersifat antara BPJS dan fasilitas pelayanan kesehatan bukan antara BPJS dengan peserta. Hal ini sebenarnya tampak dari pasal 11 UU BPJS tentang wewenang BPJS pada huruf (d) dan (e) disebutkan bahwa wewenang BPJS membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Pemerintah serta membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan.

Kurang terbukanya informasi yang diberikan oleh BPJS kepada peserta seringkali menimbulkan konflik bukan antara BPJS dan peserta tetapi antara fasilitas pelayanan kesehatan dengan peserta, karena peserta beranggapan bahwa dirinya tidak mendapatkan haknya yang sesuai padahal sudah membayarkan iuran

[462]Adhi Kristian, Asih Eka Putri, Oka Mahendra, Diah Ayu Puspandari, *Pengantar Hukum Jaminan Sosial Kesehatan Indonesia*, Kanisius, Yogyakarta, 2019, h.37.

BPJS. Di sini pada akhirnya akan menimbulkan ketidakadilan bagi pemberi fasilitas layanan kesehatan meskipun konflik yang terjadi mungkin tidak sampai memasuki ranah hukum pidana atau perdata. Berdasarkan Pasal 1 ayat (4) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2019 Tentang Penyelenggaraan Pertimbangan Klinis *(Clinical Advisory)* Dalam Program Jaminan Kesehatan mencantumkan bahwa sengketa klinis adalah ketidaksepahaman para pihak (peserta, fasilitas kesehatan, BPJS Kesehatan, dan asosiasi fasilitas kesehatan) menyangkut pelayanan atau tindakan klinis yang berdampak terhadap paket manfaat dan/atau pembayaran klaim yang terjadi dalam pelayanan kesehatan pada penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan. Apabila terjadi sengketa demikian maka akna diselesaikan oleh tim khusus, namun peserta uga tidak pernah mendapatkan penjelasan mengenai hal ini. Peserta tidak mendapat informasi yang jelas mengenai pemisahan manfaat medis dan nonmedis seperi yang tercantum dalam Pasal 46 Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan. Standar pelayanan yang dimaksudkan oleh BPJS dalam pasal ini tidak secara jelas dijabarkan, sehingga tentunya akan berisiko menimbulkan sengketa antara peserta dengan fasilitas kesehatan. Demikian juga BPJS tidak pernah memberikan informasi kepada peserta tentang besaran tarif dan analisisnya yang dibayarkan ke fasilitas pelayana kesehatan, sehingga jika nantinya ada biaya tambahan yang memang perlu ditambahkan oleh peserta akan menimbulkan ketidakpuasan yang berujung pada sengketa antara peserta dan fasilitas layanan kesehatan meskipun seringkali sebenarnya telah dijelaskan oleh pihak pemberi layanan kesehatan. Berdasarkan

penelitian yang dilakukan Nuryanti M. Djen pada tahun 2017[463], didapatkan selisih negatif antara biaya riil yang dikeluarkan rumah sakit dengan tarif INA CBGs yang dibayarkan oleh BPJS kepada rumah sakit pada operasi pengangkatan usus buntu, dimana hal ini tidak pernah diketahui oleh pasien. Artinya pasien tidak mengetahui dan selalu beranggapan bahwa BPJS melakukan pembayaran sesuai dengan biaya yang dikeluarkan rumah sakit, padahal pada kenyataanya tidaklah demikian sistem pembayaran yang berlaku antara BPJS dan fasilitas layanan kesehatan,

Kebijakan dalam hal pelayanan kesehatan terkait BPJS masih banyak tidak transparan sehingga seringkali merugikan baik bagi pasien atau penerima layanan kesehatan maupun pihak pemberi layanan kesehatan yaitu dokter dan rumah sakit. Sebagai contoh terbitnya Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2021 Tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan yang dikeluarkan pada 10 Agustus 2021. Pada bagian penjelasan mengenai episode, banyak ketidaktransparan yang ada pada permenkes tersebut sehingga menimbulkan ketidakadilan bagi rumah sakit dan dokter yang melakukan pelayanan di rumah sakit, karena sebenarnya BPJS tidak pernah memberikan penjelasan secara jelas. Misalnya pada episode rawat jalan pasien yang datang ke rumah sakit mendapatkan pelayanan rawat jalan pada satu atau lebih klinik spesialis pada hari yang sama, terdiri dari satu

[463]Nuryani M.Djen, "Analisis Biaya Dan Gambaran Outcome Klinis Pada Pasien Apendiktomi Bpjs Kesehatan Di Rs PKU Muhammadiyah Yogyakarta Januari – Desember 2014", h.58, https://dspace.uii.ac.id/bitstream/handle/123456789/3922/04%20abstract.pdf?sequence=4&isAllowed=y diakses pada 2 JAnuari 2022.

atau lebih diagnosis, dimana diagnosis satu dengan yang lain saling berhubungan atau tidak berhubungan, dihitung sebagai 1 (satu) episode atau pelayanan IGD yang kurang dari 6 jam dan/atau belum mendapatkan pelayanan rawat inap, termasuk dalam 1 (satu) episode rawat jalan, padahal pelayanan dan pemeriksaan di IGD tentunya memerlukan pembiayaan yang lebih banyak dibandingkan dengan rawat jalan.

Dalam hal ini sebenarnya BPJS tidak pernah membuat kesepakatan dengan dokter dan peserta, karena dalam UU BPJS Pasal 11 bahwa wewenang BPJS adalah membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran faskes dan bukan kesepakatan dengan dokter pemberi layanan. Pada pasal 10 disebutkan tugas BPJS adalah hanya menerima pendaftaran dan memungut iuran dari peserta tetapi bentuk kerja samanya tidak diuraikan secara jelas. Dalam beberapa hal ini tidak transparannya sistem yang diberlakukan oleh BPJS berpotensi menimbulkan ketidakadilan dan berpotensi menimbulkan konflik.

Berdasarkan paparan di atas nampak bahwa prinsip transparansi dalam pelayanan BPJS belum berjalan sebagaimana mestinya. Bahkan meskipun sudah diatur oleh beberapa pasal dalam peraturan perundang-undangan tentang pelayanan kesehatan BPJS namun tidak semua hal tersebut berlaku sesuai dengan ketentuan yang ada. Kelemahan dari bentuk kesepakatan yang berlaku yakni antara BPJS dan pemberi layanan kesehatan, seolah-olah tidak melibatkan pasien sebagai penerima layanan kesehatan padahal BPJS seperti telah disebutkan di atas menarik iuran pada pasien tetapi seolah-olah BPJS tidak bertanggung jawab atas

pelayanan yang diberikan oleh dokter atau rumah sakit. Akibatnya dokter dan rumah sakit seolah-olah tidak transparan dan tidak menjelaskan kepada pasien dalam memberikan pelayanan terkait BPJS.

c. Implementasi prinsip transparansi dalam *telemedicine*

Berdasarkan deklarasi WMA tentang relasi dokter pasien pada tahun 2020, relasi dokter dan pasien saat ini telah berkembang sesuai dengan perkembangan yang terjadi dalam dunia teknologi misalnya dalam hal *telemedicine*. Hal ini nampak dalam deklarasi tersebut yang memfokuskan pada relasi dokter dan pasien sebagai berikut :[464]

a. *A technologization of medicine, sometimes leading to a mechanistic view of health care, neglecting human considerations;*
b. *The dilution of trustworthy relationships between people in our societies, which negatively influences healthcare relationships;*
c. *A primary focus on economic aspects of medical care to the detriment of other factors, posing sometimes difficulties to establish genuine relationships of trust between the physician and the patient.*

Telemedicine atau telemedisin pada prinsipnya adalah *healing at a distance*, yang didefinisikan oleh WHO sebagai :[465]

> *"The delivery of health care services, where distance is a critical factor, by all health care professionals using information and communication technologies for the exchange of valid information for diagnosis, treatment and prevention of disease and injuries, research and evaluation, and for the continuing education of health care providers, all in the interests of advancing the health of individuals and their communities"*

[464]WMA Declaration of Cordoba On Patient-Physician Relationship

[465] WHO, "Telemedicine: opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on eHealth 2009", https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44497/9789241564144_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y diakses pada 15 Mei 2022.

Selain *telemedicine* dikenal pula istilah *telehealth* yaitu segala sesuatu yang berkaitan dengan aktivitas WHO secara internasional dalam kesehatan masyarakat, yang meliputi pendidikan kesehatan, kesehatan masyarakat dan komunitas, perkembangan sistem kesehatan, dan epidemiologi. Sedangkan *telemedicine* sendiri lebih mengarah pada aspek klinis.[466]

Telemedicine merupakan perkembangan yang sejalan dengan perkembangan teknologi informasi dan komunikasi (TIK) dewasa ini yang pada kenyataannya masih kurang diimbangi dengan regulasi yang selaras dalam pelaksanaannya. Peraturan perundang-undangan yang pada pertama kali ada secara khusus mengatur tentang telemedicine adalah Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2019 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Telemedicine Antar Fasilitas Pelayanan Kesehatan (selanjutnya disebut Permenkes Telemedicine). Khusus untuk masa pandemi Covid-19 pemerintah menerbitkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/4829/2021 Tentang Pedoman Pelayanan Kesehatan Melalui Telemedicine Pada Masa Pandemi Corona Virus Disease 2019 (Covid-19), selanjutnya disebut Kepmenkes Telemedicine yang mempunyai ruang lingkup secara khusus untuk melakukan pemantauan secara daring kepada pasien COVID-19 yang menjalani isolasi mandiri serta adanya Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 74 Tahun 2020 Tentang Kewenangan Klinis Dan Praktik Kedokteran Melalui Telemedicine Pada Masa Pandemi Corona Virus Disease

[466]Adam W Darkins dan Margaret A Cary, *Telemedicine and Telehealth (Principles, Policies, performance, and Pitfalls,* Springer Publishing Company Inc., New York, 2000, h.3.

2019 (Covid-19), Selanjutnya disebut Perkonsil Telemedicine. *Telemedicine* yang disarankan di Indonesia berdasarkan panduan IDI tentang *telemedicine* dibagi menjadi lima, yaitu : [467]

1. *Tele-expertise*, yang menghubungkan dokter umum dan dokter spesialis atau antar dokter spesialis, misalnya teleradiologi.
2. *Tele-consultation*, yang menghubungan pasien dan dokter
3. *Tele-monitoring*, yang digunakan tenaga kesehatan untuk memonitor berbagai parameter tubuh pasien secara virtual
4. *Tele-assistance*, yang digunakan untuk memberikan arahan kepada pasien, misalnya dalam proses rehabilitasi
5. *Tele-robotic* / *tele-intervention*, yaitu pengendalian jarak jauh terhadap sebuah robot dalam suatu *tele-surgery*

Telemedicine merupakan salah satu bentuk transaksi elektronik yang diwujudkan dalam kontrak elektronik. Menurut Pasal 1 angka (2) Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2008 Tentang Informasi Dan Transaksi Elektronik Jo. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2016 Tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2008 Tentang Informasi Dan Transaksi Elektronik (selanjutnya disebut UU ITE), Transaksi Elektronik adalah perbuatan hukum yang dilakukan dengan menggunakan komputer, jaringan komputer, dan/atau media elektronik lainnya. Sedangkan menurut Pasal 1 angka (17) UU ITE kontrak elektronik adalah perjanjian para

[467]Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia, *Telemedisin Rekomendasi IDI Untuk Masa Depan Digitalisasi Kesehatan di Indonesia*, 2018, h.8.

pihak yang dibuat melalui sistem elektronik. Secara prinsip kontrak elektronik tidak berbeda dengan kontrak pada umumnya hanya saja kontrak elektronik dibuat melalui sistem elektronik.[468] Kontrak elektronik merupakan salah satu kontrak tidak bernama yang pada prinsipnya sama dengan kontrak pada umumnya sehingga pembuatan dan pelaksanaannya mengikuti Buku III BW dan UU ITE sebagai *lex specialis*.[469] Demikian pula halnya dengan *telemedicine* sebagai suatu bentuk transaksi elektronik juga harus memenuhi ketentuan yang ada baik secara *lex generalis* maupun *les spsecialis*. Beberapa ketentuan yang mendasari pelaksanaan *telemedicine* adalah sebagai berikut :

a. Undang-Undang Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran.
b. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2008 tentang Informasi dan Transaksi Elektronik Jo. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2016 Tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2008 Tentang Informasi Dan Transaksi Elektronik.
c. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
d. Peraturan Pemerintah Nomor 46 tahun 2014 tentang Sistem Informasi Kesehatan
e. Peraturan Pemerintah Nomor 47 tahun 2016 tentang fasilitas Pelayanan kesehatan.

[468]Pasal 1 angka (5) UU ITE : Sistem Elektronik adalah serangkaian perangkat dan prosedur elektronik yang berfungsi mempersiapkan, mengumpulkan, mengolah, menganalisis, menyimpan, menampilkan, mengumumkan, mengirimkan, dan/atau menyebarkan Informasi Elektronik.

[469]Muhammad Syaifuddin, *Hukum Kontrak memahami Kontrak Dalam Perspektif Filsafat, Teori, Dogmatik, dan Praktik Hukum*, Mandar Maju, 2016, h.243.

f. Permenkes Nomor 269 tahun 2008 Jo. Permenkes Nomor 24 tahun 2022 tentang Rekam Medis.
g. Permenkes Nomor 2052 tahun 2011 tentang Ijin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran.
h. Permenkes Nomor 36 tahun 2012 tentang Rahasia kedokteran.
i. Permenkes Nomor 90 Tahun 2015 tentang Penyelengaraan Pelayanan Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Kawasan Terpencil dan Sangat Terpencil.
j. Permenkes Nomor 409 tahun 2016 tentang Rumah Sakit Uji Coba Program Pelayanan Telemedicine Berbasis Video Conference dan Teleradiologi
k. Permenkes Nomor 46 tahun 2017 tentang Strategi e-Kesehatan Nasional.
l. Permenkes Nomor 20 tahun 2019 tentang Penyelenggaraan Telemedicine antar Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
m. Peraturan Menkominfo nomor 4 tahun 2016 tentang Sistem Manajemen Pengamanan Informasi.
n. Peraturan Menkominfo nomor 20 tahun 2016 tentang Perlindungan Data Pribadi dalam Sistem Elektronik.
o. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/4829/2021 Tentang Pedoman Pelayanan Kesehatan Melalui Telemedicine Pada Masa Pandemi Corona Virus Disease 2019 (Covid-19).
p. Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 74 Tahun 2020 Tentang Kewenangan Klinis Dan Praktik Kedokteran Melalui Telemedicine Pada Masa Pandemi Corona Virus Disease 2019 (Covid-19) Di Indonesia.

Sebagaimana kontrak elektronik pada umumnya, maka pelaksanaan *telemedicine* juga harus memperhatikan proses terjadinya kontrak dalam hal penentuan kapan terjadinya kontrak tersebut selain harus memenuhi syarat sahnya kontrak. Tahap prakontrak elektronik terjadi pada saat dilakukan penawaran secara *online* misalnya melalui *website*, situs internet, atau media lainnya yang disebut sebagai *invitation to enter into a binding agreement*.[470] Menurut hukum kontrak klasik tahap ini tidak mempunyai kekuatan hukum yang mengikat, sedangkan menurut hukum kontrak modern pihak yang dirugikan dalam tahap ini dapat menuntut ganti rugi berdasarkan asas keadilan dan itikad baik.[471]

Pasal 20 angka (1) UU ITE menyebutkan bahwa transaksi elektronik terjadi pada saat penawaran transaksi yang dikirim pengirim telah diterima dan disetujui penerima dan dipertegas pada angka (2) pasal tersebut bahwa persetujuan atas penawaran harus dilakukan dengan pernyataan penerimaan secara elektronik. Menurut Muhammad Syaifuddin[472] momen terjadinya kesepakatan dalam kontrak elektronik apabila telah dilakukan rangkaian perbuatan hukum berikut ini secara kumulatif berdasarkan teori penerimaan :

a. pihak pertama telah mengirimkan penawaran kepada pihak kedua
b. pihak kedua telah menerima penawaran dari pihak pertama
c. pihak kedua telah pula mengirimkan jawaban atas penawaran kepada pihak pertama

[470]Muhammad Syaifuddin, *Op.Cit.*, h.249
[471]*Ibid.*, h.251
[472]*Ibid.*, h.259

d. pihak pertama telah menerima jawaban pemerimaan atas penawarannya yang telah dikirmkan oleh pihak kedua

Menurut Salim HS,[473] penerimaan penawaran *(acceptance)* dalam kontrak elektronik dapat terjadi melalui e-mail, dengan mengajukan formulir yang disediakan di situs, atau mengklik *"I agree"* atau *"I accept".* Syarat sahnya perjanjian seperti halnya di dalam Pasal 1320 BW juga berlaku di dalam kontrak elektronik, seperti halnya terdapat di dalam Pasal 46 angka (2) Peraturan Pemerintah Nomor 71 tahun 2019 tentang Penyelenggaraan Sistem dan Transaksi Elektronik, yaitu :

> Kontrak Elektronik dianggap sah apabila:
> a. erdapat kesepakatan para pihak.
> b. dilakukan oleh subjek hukum yang cakap atau yang berwenang mewakili sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
> c. terdapat hal tertentu.
> d. objek transaksi tidak boleh bertentangan dengan peraturan perundang-undangan, kesusilaan, dan ketertiban umum.

Secara umum *telemedicine* sebagai suatu bentuk perwujudan kontrak elektronik tentunya memungkinkan untuk mengalami berbagai kendala di antaranya :[474]

a. Kompetensi subjek yang melakukan kontrak elektronik, karena tidak adanya pertemuan secara fisik tentunya dapat menimbulkan kesulitan dalam menentukan kompetensi
b. Validitas data atau dokumen

[473]Salim HS, *Hukum Kontrak Elektronik*, Rajawali Press, Depok, 2021, h.35.

[474]Ghansham Anand, Lintang Yudhantaka, dan Manik Lingkar Katulistiwi, 'The Perspective of Indonesian Law on E-Commerce : Validity, Liability, and Dispute Settlement', *Padjajaran Jurnal Ilmu Hukum*, Vol.7, No.3 (2020) https://jurnal.unpad.ac.id/pjih/issue/view/1465 diakses pada 20 Agustus 2022.

c. Cara pembayaran melalui kartu kredit atau pembayaran tunai. Salah satu penyebabnya adalah tidak semua orang memiliki kartu kredit, dan yang dimaksud dengan pemegang kartu kredit adalah orang yang namanya tercantum pada kartu tersebut yang dikeluarkan oleh penyelenggara kartu kredit melalui perjanjian formal.
d. Pemilihan cara penyelesaian sengketa dalam transaksi elektronik.

Telemedicine saat ini semakin mengalami perkembangan pesat di Indonesia meskipun sebenarnya belum ada payung hukum yang melindunginya secara jelas sehingga masih rentan menimbulkan masalah misalnya terkait perijinan dokter pem beri layanan *telemedicine,* rekam medis, kerahasiaan, dan adanya kemungkinan timbulnya risiko medis. Pasal 37 dan 38 UU Praktik Kedokteran tentang SIP bahwa dokter hanya boleh memiliki tiga tempat praktik dan masing-masing SIP hanya berlaku untuk satu tempat praktik, berpotensi menimbulkan pelanggaran adminstrasi dalam hal pelaksanan *Telemedicine*. Sebetulnya pasien tidak pernah tau jumlah SIP dokter yang memberikan layanan *telemedicine* tersebut, namun bukan tidak mungkin apabila terjadi suatu konflik nantinya akan menjadi masalah. Surat edaran yang dikeluarkan oleh Pengurus Besar IDI pada bulan September 2018 dengan nomor 010838/PB/A.3/09/2018 tentang Pelayanan Kedokteran Berbasis Teknologi dan Informasi. Surat ini menimbulkan suatu kejanggalan karena seakan mengijinkan seorang dokter berpraktik telemedisin asalkan dokter tersebut memiliki SIP yang masih berlaku.

Sesuai pasal 46 UU Praktik Kedokteran disebutkan bahwa dalam melakukan suatu praktik kedokteran seorang dokter harus membuat rekam medis

pasien. Pasal 2 permenkes Rekam Medis menyebutkan bahwa rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap, dan jelas, atau secara elektronik, dimana rekam medis dengan menggunakan teknologi informasi elektronik diatur lebih lanjut dengan peraturan tersendiri. Pemerintah telah mengesahkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis untuk menggantikan Permenkes Rekam Medis yang sebelumnya. Pada Permenkes yang baru ini diatur tentang rekam medis elektronik termasuk kewajiban untuk membuat rekam medis elektronik dalam pelayanan telemedisin, selambat-lambatnya 31 Desember 2023. Pengaturan rekam medis elektronik yang belum memadai akan menyebabkan timbul masalah dalam hal *informed consent* meskipun di dalam proses *telemedicine* tidak melakukan suatu tindakan tetapi seringkali terjadi pemberian resep obat dalam proses telekonsultasi. Salah satunya apabila dikaitkan dengan pasal 53 UU Praktik kedokteran tentang kewajiban pasien untuk memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang masalah kesehatannya. Tidak adanya tatap muka antara dokter dan pasien membuat dokter sulit untuk menilai kejujuran pasien mengenai riwayat penyakitnya baik saat ini maupun sebelumnya.

Pelaksanaan *telemedicine* tidak dipungkiri memiliki risiko membahayakan pasien apabila standar pelayanan kesehatan tidak terlaksana dengan baik. Pasal 4 Permenkes Telemedicine menyebutkan bahwa pelaksanaan *telemedicine* harus sesuai dengan standar dan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pasal 10 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1438 tahun 2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran menyebutkan bahwa Panduan Praktik Klinik harus memuat beberapa hal salah satunya adalah pemeriksaan fisik. Hal ini juga

tercantum di dalam Buku Penyelenggaraan Praktik Kedokteran yang Baik di Indonesia yang dikeluarkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia tahun 2006, bahwa dokter harus melakukan pemeriksaan fisik dan mental pasien.[475] *Telemedicine* pada kenyataannya tidak memenuhi standar prosedur operasional, karena dokter tidak melakukan pemeriksaan fisk pasien secara langsung.

Kondisi lain yang berpotensi merugikan pasien adalah segi keamanan data pasien. Pasal 2 Peraturan Menteri Komunikasi Dan Informatika Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2016 Tentang Perlindungan Data Pribadi Dalam Sistem Elektronik menyebutkan bahwa perlindungan data pribadi dalam sistem elektronik mencakup perlindungan terhadap perolehan, pengumpulan, pengolahan, penganalisisan, penyimpanan, penampilan, pengumuman, pengiriman, penyebarluasan, dan pemusnahan data pribadi. Pasal 28 huruf (d) menegaskan tentang tanggung jawab terhadap data pribadi yaitu data pribadi yang terdapat dalam penguasaannya, baik penguasaan secara organisasi yang menjadi kewenangannya maupun perorangan, jika terjadi tindakan penyalahgunaan.

Pada masa pandemi Covid-19 pembatasan pelayanan kesehatan secara tatap muka untuk mengurangi risiko penyebaran virus maka dilakukan pemanfaatan teknologi informasi dan komunikasi berupa *telemedicine.* Dapat diartikan bahwa Kepmenkes Telemedicine hanya berlaku selama terjadinya pandemi Covid-19 dan tidak dapat dipakai sebagai pedoman dalam pelaksanaan penanganan pasien di luar ketentuan yang terdapat dalam regulasi tersebut.

[475]Konsil Kedokteran Indonesia, *Penyelengaraan Praktik Kedokteran yang Baik di Indonesia,* 2006, h.8.

Demikian juga halnya dengan Perkonsil Telemedicine, jelas menyebutkan pada pasal 11 bahwa Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan dan berakhir sampai dengan masa kedaruratan kesehatan masyarakat terhadap penanganan Couid- 19 yang ditetapkan pemerintah berakhir.

Apabila dikaitkan dengan terlaksananya transparansi antara dokter dan pasien dalam praktik *telemedicine,* komunikasi yang terjadi tanpa melalui tatap muka langsung seringkali tidak dapat berlangsung transparan karena kurangnya relasi yang terbangun di antara kedua pihak misalnya dalam hal kepercayaan. Ada kemungkinan pasien segan untuk menyampaikan penyakitnya secara transparan, di sisi lain dokter akan menjadi kurang peka akan kejujuran pasien. Transparansi yang kurang pada pelaksanaan *telemedicine* ini akan berisiko membahayakan pasien dan juga dokter terutama dalam hal penegakan diagnosa dan pemberian terapi. Salah satu hal yang perlu menjadi perhatian adalah masyarakat tidak mengetahui bahwa telemedicine yang dijalankan saat ini tidak mempunyai payung hukum yang jelas sehingga dapat menimbulkan potensi membahayakan pasien, demikian juga halnya dengan standar pelaksanaan *telemedicine* yang tidak diatur dan diawasi misalnya dengan adanya sistem akreditasi dalam penyelenggaraan *telemedicine.*

3.3 Akibat Hukum Terhadap Pelanggaran Prinsip Transparansi

3.3.1 Bidang hukum administrasi

Dokter merupakan salah satu subjek hukum administrasi negara. Seperti dijabarkan sebelumnya bahwa seorang dokter yang telah lulus dari pendidikan

kedokteran maupun telah lulus dari pendidikan spesialis dan dianggap telah mempunyai kompetensi dengan adanya surat kompetensi berdasarkan Pasal 8 UU Praktik Kedokteran yaitu Konsil Kedokteran Indonesia mengesahkan standar kompetensi dokter dan dokter gigi, namun dokter belum dapat menerapkan ilmu dan kompetensi yang dimilikinya karena ada persyaratan adminsitratif yang harus dipenuhinya. Jika syarat administratif tidak dipenuhi dan dokter melakukan praktek maka terdapat pelanggaran administrasi yang dapat berakibat sanksi administrasi maupun pidana. Menurut Adami Chazawi[476] kewajiban administrasi seorang dokter dibedakan menjadi dua yaitu kewajiban administrasi yang berhubungan dengan kewenangan sebelum dokter melakukan tindakan atau praktik, dan yang kedua adalah kewajiban administrasi saat dokter melakukan pelayanan medis. Pengaturan administrasi praktik kedokteran dianggap cukup dengan dalam UU Praktik Kedokteran dan UU Kesehatan.

Sertifikat kompetensi dokter menurut angka 4 Pasal 1 UU Praktik Kedokteran merupakan tanda pengakuan kompetensi seorang dokter untuk dapat melakukan praktik kedokteran setelah dinyatakan lulus uji kompetensi. UU Praktik Kedokteran juga menyebutkan pada Pasal 6 bahwa adanya Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) yang bertanggung jawab pada presiden berwenang mengatur, mengesahkan, menetapkan, dan membina praktik kedokteran demi terwujudnya pelayanan kesehatan yang berkualitas demi keamanan pasien. Salah satu bentuknya adalah dengan adanya wewenang KKI dalam pemberian sertifikat kompetensi dan Surat Tanda Registrasi (STR) bagi dokter. Berdasarkan Pasal 35

[476]Adami Chazawi, *Op.Cit.*, h.116

UU Praktik kedokteran, maka dokter yang telah memiliki STR berhak untuk melakukan praktik kedokteran yaitu berhak melakukan anamnesa dan pemeriksaan pada pasien, menegakkan diagnose hingga melakukan tindakan medis terhadap pasien di mana seluruh tahapan dalam praktik kedokteran ini tidak dapat dilepaskan dari pelaksanaan prinsip transparansi yang apabila tidak terlaksana sebagaimana mestinya akan menimbulkan sanksi bagi dokter.

Dalam Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 43 Tahun 2016 Tentang Pedoman Penegakan Sanksi Administratif Dokter, Dokter Gigi, Dokter Spesialis Dan Dokter Gigi Spesialis (selanjutnya disebut Perkonsil Penegakan Sanksi) disebutkan bahwa pelanggaran administratif adalah pelanggaran disiplin yang dilakukan oleh dokter/dokter gigi dan dokter spesialis/dokter gigi spesialis dan tidak terkait dalam hubungan dokter-pasien. Ruang lingkup pelanggaran administratif berdasarkan Perkonsil meliputi :

1. *mendelegasikan pekerjaan kepada tenaga kesehatan tertentu yang tidak memiliki kompetensi untuk melaksanakan pekerjaan tersebut;*
2. *menyediakan dokter/dokter gigi dan dokter spesialis/dokter gigi spesialis pengganti sementara yang tidak memiliki kompetensi dan kewenangan yang sesuai atau tidak melakukan pemberitahuan perihal penggantian tersebut;*
3. *menjalankan praktik kedokteran dalam kondisi tingkat kesehatan fisik ataupun mental sedemikian rupa sehingga tidak kompeten dan dapat membahayakan pasien;*
4. *menerima imbalan sebagai hasil dari merujuk, meminta pemeriksaan, atau memberikan resep obat/alat kesehatan;*
5. *mengiklankan kemampuan/pelayanan atau kelebihan kemampuan pelayanan yang dimiliki baik lisan ataupun tulisan yang tidak benar atau menyesatkan; dan*
6. *berpraktik dengan menggunakan surat tanda registrasi, surat izin praktik, dan/atau sertifikat kompetensi yang tidak sah atau berpraktik tanpa memiliki surat izin praktik sesuai dengan ketentuan peraturan pemndang-undangan yang berlaku.*

Prinsip transparansi dalam relasi dokter dan pasien dalam Perkonsil ini nampak pada angka tiga yaitu menjalankan praktik kedokteran dalam kondisi fisik dan mental yang tidak kompeten sehingga dapat membayakan pasien. Seorang dokter yang merasa tidak kompeten baik secara fisik maupun mental baik yang sifatnya sementara atau tetap harus secara jujur dan transparan mengakui kondisi tersebut misalnya dengan memberikan penjelasan kepada pasien bahwa saat ini dokter tidak dapat memberikan pelayanan kepada pasien dan akan melimpahkan kepada dokter lain dengan kompetensi yang sama namun tentunya dengan persetujuan pasien.

Mengacu pada angka lima Perkonsil Penegakan Sanksi di atas, maka dokter harus secara terbuka dan jujur terhadap suatu bentuk diagnosa ataupun tindakan yang dilakukannya. Misalnya dokter sedang memberikan terapi atau tindakan kepada pasien yang sifatnya masih dalam tahap percobaan dan belum jelas manfaatnya bahkan risikonya maka dokter harus memberitahukan secara jujur dan transparan kepada pasien dan tidak mengiklankannya secara berlebihan. Suatu metode pengobatan atau penegakan diagnosis yang belum dilakukan suatu uji klinis sesuai aturan yang ditentukan akan berisiko membahayakan pasien dan bertentangan dengan etika yaitu prinsip *non maleficence*. Saat ini telah ada pedoman dalam melakukan uji klinis[477] alat kesehatan yaitu Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 63 Tahun 2017 Tentang Cara Uji Klinik Alat Kesehatan Yang Baik. Demikian juga halnya dengan pemakaian obat yang

[477]Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 63 Tahun 2017 Tentang Cara Uji Klinik Alat Kesehatan Yang Baik Pasal 1 ayat (1) : Uji Klinis adalah penelitian pada subyek manusia dengan metode intervensi yang dilakukan untuk menilai keamanan, kemanfaatan, dan efektifitas atau kinerja alat kesehatan.

baru juga harus dilakukan suatu uji klinis untuk menilai kemanfaatan suatu obat baru secara objektif dengan mempertimbangkan segi manfaat dan risiko serta lebih mengutamakan kepentingan pasien.[478]

Berdasarkan dua kewajiban administrasi yang telah disebutkan sebelumnya, apabila dokter tidak melaksanakan kewajiban administrasinya maka dokter mempunyai dua pelanggaran administrasi yaitu : [479]

1. Pelanggaran hukum adminsitrasi dalam hal kewenangan

   Menurut Pasal 29 UU Praktik Kedokteran disebutkan bahwa dokter yang melakukan praktik kedokteran harus mempunyai Surat Tanda Registrasi (STR) yang diterbitkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia yang berlaku lima tahun dan harus diregistrasi ulang setiap lima tahun sekali.

   Pada Pasal 30 UU Praktik Kedokteran disebutkan bahwa dokter luluasn luar negeri yang melakukan praktik kedokteran harus dilakukan evaluasi tentang beberapa hal misalnya kesahan ijazah, melafalkan sumpah dokter, pernyataan mematuhi etika kedokteran, mempunyai surat ijin kerja dan memiliki STR. Sedangkan pada Pasal 31 disebutkan bahwa dokter warga negara asing dapat melakukan kegiatan, pelatihan, penelitian, pelayanan kedokteran yang sifatnya sementara yang berlaku satu tahun. Pasal 32 menyebutkan tentang STR bersyarat bagi dokter peserta pendidikan spesialis

[478]Rahmatini, 'Evaluasi Khasiat Dan Keamanan Obat (Uji Klinik)', *Majalah Kedokteran Andalas* No.1. Vol.34. Januari-Juni 2010, h,31, http://jurnalmka.fk.unand.ac.id/index.php/art/article/view/66 diakses pada 19 April 2022.

[479]Diana Haiti, 'Tanggung Jawab Dokter Dalam Terjadinya Malpraktik Medik Ditinjau Dari Hukum Administrasi', *Badamai Law Journal*, Vol. 2, Issues 2, September 2017, h.212 diakses pada 9 Januari 2022

warga negara asing yang mengikuti pelatihan di Indonesia. Pasal 36 sampai dengan Pasal 38 menyebutkan bahwa dokter yang melakukan praktik kedokteran harus mempunyai Surat Ijin Praktik (SIP) yang jumlahnya maksimal tiga tempat praktik, dimana salah satu syaratnya adalah dokter harus sudah mempunyai STR

2. Pelanggaran administrasi saat melakukan praktik kedokteran

Di dalam Pasal 51 UU Praktik Kedokteran dituliskan kewajiban dalam melakukan praktik kedokteran, selain yang ditulis dalam Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 43 Tahun 2016 Tentang Pedoman Penegakan Sanksi Administratif Dokter, Dokter Gigi, Dokter Spesialis Dan Dokter Gigi Spesialis dan disebut sebagai pelanggaran administrasi. Kewajiban dokter menurut Pasal 51 UU Praktik kedokteran meliputi :

a. *memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien;*
b. *merujuk pasien ke dokter atau dokter gigi lain yang mempunyai keahlian atau kemampuan yang lebih baik, apabila tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau pengobatan;*
c. *merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia;*
d. *melakukan pertolongan darurat atas dasar perikemanusiaan, kecuali bila ia yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu melakukannya; dan*
e. *menambah ilmu pengetahuan dan mengikuti perkembangan ilmu kedokteran atau kedokteran gigi.*

Menurut peraturan perundang-undangan pelanggaran administratif tidak selalu berimplikasi dengan sanksi administratif yang berupa teguran lisan maupun tertulis, penolakan penerbitan STR hingga pembekuan atau pencabutan STR tetapi beberapa pelaggaaran administrasi dapat berupa sanksi pidana seperti yang tercantum dalam pasal 75 sampai dengan pasal 78 UU Praktik kedokteran.

Setelah adanya putusan Mahkamah Konstitusi No.4/PUU-V/2007 maka meskipun kata-kata pidana penjara dan pidana kurungan sudah dinyatakan tidak mempunyai kekuatan hukum mengikat dari Pasal 75 sampai dengan pasal 79 tetapi tetap mendapat sanksi pidana dan tergolong pelanggaran pidana. Demikian juga bagi tenaga kesehatan selain dokter berdasarkan Pasal 85 dan 86 UU Tenaga Kesehatan.

Pembahasan pada bagian ini ditujukan pada pelanggaran administrasi yang dilakukan oleh dokter yang tidak membawa kerugian terhadap kesehatan atau nyawa pasien. Selama dokter melanggar hukum administrasi tanpa membawa kerugian kesehatan pasien maka dokter hanya dapat dipidana berdasarkan Pasal 75-80 UU Praktik Kedokteran. Tindak pidana yang berasal dari pelanggaran hukum administrasi dalam UU Praktek Kedokteran meliputi :

a. melakukan praktik kedokteran tanda STR (Pasal 75)
b. melakukan praktik kedokteran tanpa SIP (Pasal 76)
c. menggunakan identitas atau gelar bentuk lain yang menimbulkan kesan yang bersangkutan adalah dokter yang memiliki STR atau SIP (Pasal 77)
d. menggunakan alat atau metode yang menimbulkan kesan yang bersangkutan adalah dokter yang memiliki STR atau SIP (Pasal 78)
e. praktik tanpa memasang papan nama, tidak membuat rekam medis, tidak berdasarkan standar profesi (Pasal 79)
f. memperkerjakan dokter tanpa SIP (Pasal 80)

Pasal 77 dan 78 seharusnya tidak dimasukkan pada Undang-Undang Praktik Kedokteran. Seperti definisi pada Pasal 1 bahwa praktik kedokteran adalah

rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh dokter, dokter gigi terhadap pasien dalam melaksanakan upaya kesehatan. Apabila dicermati pada Pasal 77 dan 78 pernyataan "menimbulkan kesan yang bersangkutan adalah dokter yang memiliki STR atau SIP", artinya yang dimaksud di sini bukan dokter atau dokter gigi tetapi berbuat seolah-olah dokter atau dokter gigi yang mempunyai kompetensi dan kewenangan. Maka seharusnya tindakan yang dilakukan oleh orang lain selain yang dimaksud yaitu dokter atau dokter gigi tidak dapat dimasukkan dalam UU Praktik Kedokteran. Maka masyarakat yang menjadi korban juga tidak dapat disebut sebagai pasien apabila mengacu pada definisi pasien pada UU ini.

Menurut Didik Endro Purwoleksono[480] pelanggaran administrasi memiliki kaitan dengan hukum pidana yang disebut dengan hukum pidana administrasi *(administrative penal law)*, dalam hal masalah administrasi tersebut menyebabkan pelanggaran dalam lima hal berikut ini yaitu nyawa, badan atau tubuh manusia, kehormatan, kemerdekaan, dan harta benda. Hal inilah yang menjadi landasan bahwa pelanggaran administrasi dokter terkait masalah perijinan menyebabkan hukum pidana ikut terlibat di dalamnya, karena dapat menyebabkan pelanggaran terhadap kepentingan hukum dalam hal nyawa atau tubuh manusia.

Dalam bidang hukum administrasi, masih ada hal yang kurang transparan dalam peraturan perundang-undangan yang ada yang akhirnya menjadi rawan untuk disalahgunakan atau menimbulkan ketidakadilan bagi beberapa kalangan. Sebagai contoh pasal 38 UU Praktik Kedokteran, disebutkan bahwa salah satu

[480]Didik Endro Purwoleksono, *Hukum Pidana*, Airlangga University Press, Surabaya, 2014, h.21.

syarat mendapatkan SIP adalah rekomendasi dari organisasi profesi. Pada UU yang sama, organisasi profesi hanya IDI dan PDGI. Pada kenyataannya pada persyaratan mengurus SIP tidak hanya rekomendasi organisai profesi yang dibututuhkan tetapi diperlukan rekomendasi dari perhimpunan dokter spesialis. Kedudukan IDI sebagai satunya-satunya organisasi profesi dokter pernah digugat dengan alasan praktek monopoli, tetapi gugatan ini ditolak oleh MK yang menyatakan bahwa organisasi profesi kedokteran satu-satunya adalah IDI sedangkan perhimpunan dokter spesialis merupakan bagian yang menyatu dari IDI.[481]

Seorang dokter dalam pelaksanaan praktik kedokteran tidak memberikan penjelasan secara transparan kepada pasien atau keluarganya tentunya dapat digolongkan tidak melakukan praktik kedokteran sesuai standar operasional. Demikian juga dokter yang tidak melakukan proses *informed consent* secara transaparan karena *informed consent* tidak hanya merupakan perwujudan pemberian informasi secara transparan kepada pasien tetapi juga merupakan bagian dari rekam medis. Dalam hal ini jelaslah bahwa dokter tidak menjalankan kewajiban untuk melakukan praktik kedokteran sesuai dengan standar yang seharusnya dilakukannya sehingga menimbulkan sanksi administrasi. Pelaksanaan *informed consent* yang tidak sesuai standar tidak hanya ditinjau dari ketiadaan *informed consent* tersebut tetapi juga pada ketidaksempurnaan *informed*

[481]Kanal Pengetahuan FK UGM, "MK Sahkan IDI Sebagai Organisasi Tunggal Kedokteran", 2017, https://kanalpengetahuan.fk.ugm.ac.id/mk-sahkan-idi-sebagai-organisasi-tunggal-kedokteran/ diakses pada 8 januari 2022.

consent baik dari segi isinya maupun dari pelaksanaannya apakah dokter telah memberikan penjelasan seperti yang telah ditentukan.

3.3.2 Bidang hukum perdata

Hubungan dokter dan pasien pada literatur internasional disebut sebagai *doctor-patient relationship* atau *clinician-patient relationship*. Relasi dokter pasien dianggap istilah yang paling sesuai dalam menggambarkan hubungan dokter dan pasien. Di dalam Black's Law Dictionary[482], *relationship* dikaitkan dengan *relative* yang mempunyai arti *"a person connected with another by blood or affinity, a person who is kind with another".* Jadi relasi mengacu pada hubungan baik karena kekerabatan. Sedangkan apabila memakai istilah *partnership*, maka artinya menjadi *"a voluntary association of two or more person who jointly own and carry on a business or profit"*.[483] Penggunaan istilah *partnership* akan lebih bernuansa bisnis dengan masing-masing pihak membawa kepentingan masing-masing bahkan untuk tujuan suatu keuntungan. Saat ini di dalam bidang hukum perdata kesehatan banyak dipakai istilah transakti terapeutik, kontrak terapeutik, serta perjanjian terapeutik. Istilah transaksi atau *transaction* berarti : [484]

> *"the act or an instance business or other dealing esp.the formation, performance, or discharge a contract; something performed or carried out; a business agreement or exchange; any activity involving two or more persons; civil law; an agreement that is intended by the parties to prevent or end a disputeand in which they make reciprocal concessions"*.

[482]Bryan Gardner, *Op.Cit.*, h.4028.
[483]*Ibid.*, h.3544.
[484]*Ibid.*, h.4467.

Istilah transaksi dapat dikatakan identik dengan hubungan bisnis maupun kontrak. Oleh karenanya perlu dipertimbangkan penggunaan istilah relasi terapeutik di dalam relasi dokter pasien ini sebagai istilah yang lebih bersifat umum baik untuk menggambarkan hubungan dokter dan pasien dalam hal kontrak maupun yang lainnya serta mempunya kesan yang lebih mengarah kepada hubungan baik atau kekeluargaan. Namun apabila memakai istilah transaksi terapeutik maka harus selalu diingat bahwa transaksi yang terjadi antara dokter dan pasien tidak dapat disamakan dengan transaksi bisnis pada umumnya.

Karakteristik pasien yang mencari pelayanan kesehatan ke rumah sakit saat ini semakin bergeser kearah konsumerisme. Beberapa faktor penyebab terjadinya hal ini adalah perkembangan teknologi dan informasi yang pesat sehingga data apapun tentang kesehatan menjadi mudah diakses. Bahkan semakin terbukanya peluang menggunakan media sosial menjadikan pasien semakin membutuhkan layanan kesehatan secara online. Pasien semakin mudah menemukan pilihan untuk menentukan pelayanan kesehatan mana yang paling sesuai dan paling baik untuknya. Di Amerika Serikat pergeseran ini makin diperkuat dengan adanya *Health Information Technology for Economic and Clinical Health (HITECH) Act* dan *The Affordable Care Act (ACA)* sejak tahun 2010.[485]

Relasi dokter dan pasien tentunya harus didasari oleh kepercayaam, yang dalam ulasan multidisplin menurut Denise Rousseau, Sim Sitkin, Ronald Burt, dan Colin Camerer[486], dijabarkan sebagai : *"trust is a psychological state*

[485]Judy L. Chan, *The Patients Paradigm Shifts Profiling the New Health Consumer*, Business Expert Press, New York, 2016, h.2.

[486]Katja Beitat, *Trust and Incidents : The Dynamic of Intersonal Trust Between Patients and Practitioners*, Springer VS, 2014, h.25.

comprising the intention to accept vulnerability based upon positive expectations of the intentions or behavior of another". Sedangkan *interpersonal trust* menurut Karen Jones dijabarkan sebagai "*composed of two elements, one cognitive and one affective or emotional…to trust someone is to have an attitude of optimism about her goodwill and to have the confident expectation that, when the need arises, the one trusted will be directly and favourably moved by tought that you are counting on her"*. Kepercayaan pasien kepada dokter berhubungan dengan kesediaan pasien untuk mencari pengobatan, kepuasan pasien, yang pada akhirnya menghasilkan tingkat pelayanan kesehatan lebih baik. Adanya kepercayaan akan memungkinkan keterbukaan komunikasi antara pasien dan dokter. Relasi dokter-pasien merupakan relasi yang unik, mempunyai karakter berbeda pada masing-masing dokter, pasien, sarana layanan kesehatan, bahkan pada situasi yang berbeda misalnya kondisi kegawatan atau bukan akan menghasilkan relasi yang berbeda pada individu yang sama.

Kepercayaan akan menimbulkan komunikasi yang baik dalam relasi dokter dan pasein. Masalah yang berkaitan dengan komunikasi di Indonesia sebagai negara Asia Tenggara mempunyai karakteristik yang khusus :[487]

1. Masih adanya kesenjangan sosial hirarkis diantara masyarakat
2. Suasana kesopanan non-verbal dikomunikasikan lebih dari pada gaya komunikasi lisan atau tertulis.

[487]Mora Claramita et al., *Komunikasi Petugas Kesehatan dan Pasien dalam Konteks Budaya Asia Tenggara*, Penerbit Buku Kedokteran EGC, 2017, h.6.

3. Pengambilan keputusan klinis dipengaruhi oleh keluarga atau masyarakat yang tinggal di sekitar pasien. Otonomi pasien di satu sisi menghadapi tantangan karena lebih berorientasi pada keputusan kelompok.
4. Penggunaan pengobatan alternatif atau tradisional yang menonjol.
5. Pasien dan kerabatnya lebih banyak mendapat informasi bahkan lebih mempercayai informasi yang didapatkan dari jaringan sosial atau lingkungannya daripada profesional kesehatan.

Budaya komunikasi antara dokter dan pasien di Asia Tenggara masih bersifat satu arah, direktif, dan instruksional. Pasien jarang dimintai umpan balik dari suatu proses komunikasi. Beda dengan konteks di negara Barat yang ditandai dengan kepercayaan, kesetaraan, dan pertukaran informasi dua arah. Hambatan untuk menuju ke arah komunikasi bergaya kemitraan adalah sistem pelayanan kesehatan yang tidak terstruktur dengan jumlah pasien yang tinggi dan waktu terbatas. Ijin dokter untuk bekerja di tiga rumah sakit berbeda dengan insentif yang kurang sesuai, menjadi salah satu penyebab minimnya waktu komunikasi. Belum adanya budaya catatan medis secara online juga menyebabkan dokter harus mengulang pertanyaan dan catatan setiap kali kunjungan pasien, akibatnya pasien menjadi bosan dan menurunkan perhatian. Hambatan lainnya adalah tingginya budaya menyalahkan sehingga dokter akan selalu berusaha melindungi diri dari gugatan pasien. Hal ini menyebabkan *informed consent* seringkali hanya ditekankan untuk semata mendapatkan tanda tangan pasien bukan memastikan pasien sudah mendapatkan informasi memadai. Sistem pendidikan di Indonesia baik pendidikan fakultas kedokteran maupun pendidikan spesialis tidak

mengajarkan secara khusus tentang komunikasi, sehingga dokter tidak siap dengan model komunikasi partisipatif. Demikian juga budaya komunikasi masyarakat Indonesia yang tidak siap dengan model komunikasi partisipatif, apalagi pada beberapa daerah tingkat pendidikannya masih rendah.[488] Dokter harus memahami karakteristik pasien dalam berkomunikasi, misalnya pada pasien dengan kelompok sosioekonomi atau pendidikan lebih rendah, demikian juga pada kelompok pasien dengan budaya literasi rendah yang pada umumnya lebih sulit untuk memahami dan mengingat kembali apa yang disampaikan dokter dan berisiko menimbulkan miskomunikasi dan misinterpretasi.[489]

Hubungan dokter dan pasien dikatakan sebagai *fiduciary relationship*. Dalam hubungan ini maka pasien adalah sebagai pusat dalam etika antara dokter dan pasien. Dalam ilmu hukum *fiduciary relationship* diartikan sebagai seseorang yang memegang kepercayaan, harus mempunyai niat baik dan keterbukaan, dimana ia mempunyai kewajiban dan berbuat sesuatu untuk kebaikan bagi orang lain. Dengan kata lain dalam *fiduciary relationship,* seseorang dalam hal ini dokter harus mengesampingkan kepentingannya untuk lebih mengutamakan kepentingan orang lain dalam hal ini pasien, karena pasien telah memberikan kepercayaan pada dokter.[490] Terdapat lima jenis *fiduciary duty* dokter terhadap pasien yaitu :[491]

1. Physician duty of loyalty

[488]*Ibid*., h.22.

[489]Debra L. Roter dan Judity A.Hall, *Doctor Talking with Patients/Patients Talking with Doctors : Improving Communication in Medical Visits 2nd edition*, Praeger, London, 2006, h. 74.

[490]Laurence B. McCullough, Jame W. Jones, dan Baruch A.Brody, *Op.Cit*, h.5.

[491]Sam F. Halabi, 'Against Fiduciary Utopianism: The Regulation of Physician Conflicts of Interest and Standards of Care', *11 U.C. IRVINE L. REV.* 433 (2020), https://scholarship.law.uci.edu/ucilr/vol11/iss2/8 diakses pada 12 Januari 2022.

2. *Physician duty of care*
3. *Physician duty of candor*
4. *Physician duty of confidentiality*
5. *Physician duty of good faith*

Dari sini tampak bahwa *candor* yang dapat diartikan juga sebagai transparansi merupakan kewajiban moral dokter yang utama, dimana dokter harus memberikan informasi setrasnparan mungkin agar pasien dapat membuat keputusan *(informed decision).*

Hubungan dokter pasien di dalam transaksi terapeutik merupakan suatu bentuk hubungan keperdataan. Pasal 1233 BW merumuskan sumber perikatan yaitu "tiap-tiap perikatan dilahirkan baik karena persetujuan baik karena undang-undang", sedangkan pada Pasal 1234 BW disebutkan bentuk dari perikatan itu adalah memberikan sesuatu, berbuat sesuatu, atau tidak berbuat sesuatu. Karena relasi antara dokter dan pasien merupakan suatu bentuk perikatan yaitu *inspanning verbintenis* maka tentunya juga mengikuti ketentuan pada BW, meski pada awalnya BW dibuat di dalam lapangan hukum kekayaan tetapi saat ini BW tidak hanya mengatur hukum yang berkaitan dengan kekayaan karena banyak hubungan hukum yang tidak dapat dinilai dengan uang misalnya di dalam relasi dokter dan pasien. Relasi dokter dan pasien secara hukum perdata memiliki kekhususan yaitu :[492]

1. Subjek hukumnya, dokter sebagai pemberi pelayanan medis secara profesional, memberikan pertolongan pada pasien yang membutuhkan

[492]Veronica Komalawati, *Op.Cit.*, h.145.

pertolongan dokter. Pertolongan ini berupa jasa pelayanan profesional dokter dan pasien bersedi membayar jasa medik pelayanan dokter tersebut.

2. Objek hukumnya, pertolongan berupaya upaya medik profesional yang berupa usaha maksimal dengan tidak menjamin kepastian hasil. Namun usaha ini tidak hanya bergantung pada kecermatan dan profesional dokter tetapi juga diperlukan peran dan kerja sama pasien demi kepentingannya sendiri.
3. Tujuannya, pemeliharaan dan peningkatan kesehatan yang berorientasi kekeluargaan mencakup promotive, preventif, kuratif, rehabilitatif.

Perikatan *(verbintenis)* dapat disimpulkan sebagai hubungan hukum antara dua pihak dimana pihak yang satu berhak atas prestasi sedangkan pihak yang lain berkewajiban memenuhi prestasi itu, oleh karenanya dalam tiap perikatan selalu terdapat "hak" di satu pihak dan "kewajiban" di pihak lain.[493] Menurut Pasal 1313 BW perjanjian adalah suatu persetujuan dimana satu orang atau lebih mengikatkan diri pada satu orang atau lebih yang lain. Pandangan Subekti hal ini menyebabkan perjanjian seolah-olah perbuatan sepihak (mengikatkan diri), padahal sebenarnya terjadi hubungan timbal balik atau saling mengikatkan diri.[494] Kesepakatan dalam relasi dokter pasien merupakan perjumpaan antara penawaran *(offer/offerte)* dan akseptasi atau penerimaan *(acceptance/acceptatie).* Akibat adanya akseptasi dari suatu penawaran maka lahirlah kontrak yang berarti para pihak menjadi terikat. Perlu diingat bahwa kesepakatan ini tidak boleh ada unsur paksaan, kekeliruan atau kesesatan, dan penipuan *(dwang, dwalling, bedrog)* seperti yang tertulis pada

[493]I Ketut Oka Setiawan, *Hukum Perikatan,* Sinar Grafika, Jakarta, 2015, h.1.

[494]Natsir Asnawi, *Aspek Hukum Janji Pra Kontrak Telaah dalam Kerangka Pembahuruan Hukum Kontrak di Indonesia*, UII Press,Yogyakarta, 2017, h.8. (selanjutnya disebut Nasir Asnawi -1).

Pasal 1321 BW.[495] Perkembangan yang terjadi di Belanda seperti tercantum dalam NBW, terdapat tambahan unsur baru cacat kehendak yaitu penyalahgunaan keadaan *(misbruik van omstandigheden)*.[496] Berdasarkan Pasal 1320 BW kesepakatan merupakan syarat yang pertama disamping syarat kecakapan, suatu hal tertentu, dan syarat hal yang diperbolehkan atau tidak terlarang seperti dalam Pasal 1337 BW yaitu hal yang dilarang undang-undang, atau apabila berlawanan dengan kesusilaan dan ketertiban umum. Untuk memahami aspek perdata dalam relasi dokter dan pasien maka perlu dipahami lebih dulu tentang kesepakatan sebagai awal perjanjian dan isi serta bentuk perjanjian.

Sengketa medis antara dokter dan pasien pada umumnya tergolong perbuatan melanggar hukum *(onrechmatige daad)*. Sesuai Pasal 1365 BW maka perbuatan melanggar hukum diartikan sebagai berbuat atau tidak berbuat yang bertentangan dengan kewajiban hukum pembuat atau melanggar hak orang lain sebagaimana diatur dalam undang-undang.[497] Makna ini diperluas dengan tidak hanya melanggar undang-undang tetapi juga bertentangan dengan hak subjektif orang lain, kewajiban hukum pelaku, kepatutan dan kesusilaan.[498]

Sesuai pasal 1365 BW yang menyebutkan *"tiap perbuatan melanggar hukum, yang membawa kerugian kepada orang lain, mewajibkan orang yang karena salahnya menimbulkan kerugian itu, untuk mengganti kerugian tersebut".* Maka perbuatan dokter yang menyimpang dari standar yang ada dan

[495]Moch Isnaeni, *Hukum Perikatan dalam Era Perdagangan Bebas,* dalam Perkembangan Hukum Perdata di Indonesia, Laksbang Grafika, Yogyakarta, 2013, h.5.
[496]Agus Yudha Hernoko-1, h. 174.
[497]Leonora Bakarbessy, *Op.Cit*., h.179.
[498]*Ibid*., h.236

menimbulkan kerugian pada pasien termasuk sebagai perbuatan melanggar hukum. Unsur perbuatan melangar hukum menurut Pasal 1365 BW adalah :[499]

1. Adanya suatu perbuatan
2. Perbuatan tersebut melanggar hukum
3. Adanya kesalahan
4. Adanya kerugian
5. Adanya hubungan kausal antara kesalahan dan kerugian

Kesalahan dalam perbuatan melanggar hukum adalah berupa kesengajaan dan kelalaian atau kealpaan atau kurang hati-hati. Menurut Rosa Agustina,[500] kealpaan merupakan kesalahan dalam arti luas, sedangkan kesengajaan merupakan kesalahan dalam arti sempit. Secara objektif, kesalahan diteliti apakah pelaku dapat mencegah timbulnya akibat dari perbuatannya, apakah pelaku berbuat secara lain dari yang seharusnya dilakukan oleh orang yang sama pada keadaan yang sama.[501] Apabila dibandingkan dengan *tort* dalam sistem *common law*, unsur kesalahan dalam perbuatan melanggar hukum mempunyai kemiripan yakni berupa kesengajaan *(intention)* atau ketidakhati-hatian *(carelessness).* Unsur kesalahan dalam *tort* dihubungakan dengan tidak dipenuhinya suatu standar tingkah laku tertentu dan dikaitkan dengan kerugian yang dapat diperkirakan sebelumnya.[502]

---

[499]I*bid*., h.237.

[500]Rosa Agustina, *Perbuatan Melawan Hukum*, Universitas Indonesia Fakultas Hukum Pasca Sarjana, Jakarta, 2003, h.121.

[501]*Ibid.*

[502]*Ibid.*

Perbedaan dengan hukum pidana, didalam hukum perdata kesengajaan dan kealpaan akibat hukumnya adalah sama yakni pelaku mengganti kerugian yang ditimbulkan akibat perbuatannya sedangkan dalam hukum pidana kesengajaan berhubungan dengan hukuman yang lebih berat dibandingkan dengan kelalaian.[503] Syarat kesalahan dalam Pasal 1365 BW harus diartikan dalam arti subjektif yaitu apakah kesalahan dapat dipertanggungjawabkan atau tidak oleh pelaku. Karena itu pembuktian yang dilakukan adalah pembalikan beban pembuktian. Tergugat harus membuktikan ia tidak bersalah bukan sebaliknya penggugat yang harus membuktikan kesalahan pelaku. Bedanya dengan kesalahan dalam arti objektif yang merupakan sifat melanggar hukum yang membuktikan kesalahan tergugat dan mengajukan dalil-dalil adalah penggugat.[504]

Dikaitkan dengan pasal 1365 BW, pasien yang mendalilkan adanya perbuatan melawan hukum, maka dia harus membuktikan terjadi perbuatan melawan hukum itu, dalam arti membuktikan kelalaian/kesalahn dokter.[505] Meskipun dalam kenyatannya amat sulit bagi pasien yang awam untuk membuktikan kesalahan atau kelalaian dokter. Prinsip beban pembuktian tidak mungkin membuktikan suatu hal yang negatif *(negative non sunt probanta)*, sehingga hal ini dipakai hakim untuk melakukan pembagian beban pembuktian. Dalam prakteknya, sulit untuk membebankan pembuktian kepada pihak yang harus membuktikan sesuatu yang negatif. Sudikno Mertokusumo[506] mengajukan

[503]Leonora Bakarbessy, *Op.Cit*., h.249.
[504]*Ibid.*
[505]Wila Chandrawila Supriadi, *Op.Cit*., h.45
[506]H.P. Panggabean, *Hukum Pembuktian Teori-Praktik dan Yurisprudensi Indonesia*, Penerbit Alumni Bandung, 2014, h.49.

prinsip pembalikan beban pembuktian *(shifting of burden of proof / omkering van bewijslast)*. Seperti halnya dalam UU perlindungan konsumen pasal 28 yang menyebutkan bahwa pembuktian terhadap ada tidaknya unsur kesalahan dalam gugatan ganti rugi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 19, Pasal 22, dan Pasal 23 merupakan beban dan tanggung jawab pelaku usaha.[507] Adanya UU Perlindungan Konsumen membangkitkan kesadaran yang menumbuhkembangkan sikap pelaku usaha yang bertanggung jawab *(caveatvenditor)* untuk mewujudkan keseimbangan perlindungan kepentingan konsumen dan pelaku usaha.[508]

Terkait dengan beban pembuktian dalam sengketa medis, selayaknya diterapkan asas proporsionalitas, dengan berpedoman pada :[509]

1. Hakim tidak boleh berat sebelah dan memihak serta bijaksana membagi beban pembuktian pada pihak yang bersengketa secara adil dan proporsional.
2. Menegakkan mekanisme alokasi pembebanan pembuktian dimana melekat risiko yang harus ditanggung akibatnya oleh masing-masing pihak, pihak yang menurut hukum dibebani pembuktian mendapat alokasi untuk membuktikan hak itu, apabila ia tidak dapat membuktikan apa yang dialokasikan padanya maka ia menanggung risiko kehilangan hak atau kedudukan atas kegagalan memberi bukti yang relevan atas hal tersebut.

Kedudukan dokter dan pasien dalam suatu transaksi terapeutik seringkali dianggap sebagai dua kedudukan yang tidak seimbang. Pasien dianggap dalam

[507]*Ibid.*
[508]Bambang Sugeng Ariadi Subagyono et al., 'Perlindungan Konsumen Muslim atas Produk Halal', *Perspektif Hukum*, Vol.20 No.2 November 2020 : 306-327, h.310, https://perspektif-hukum.hangtuah.ac.id/index.php/jurnal/article/view/82 diakses pada 23 Agustus 2022.
[509]Agus Yudha Hernoko-1, *Op Cit.*, h.318.

posisi lebih lemah sehingga seringkali akan mengalami perlakuan tidak adail, sedangkan dokter atau rumah sakit memiliki posisi lebih kuat namun tetap berisiko untuk menjadi sasaran tuduhan bila terjadi kesalahan.[510] Di satu sisi dokter mempunyai pengetahuan di bidang kedokteran sedangkan pasien yang membutuhkan pertolongan layanan medis dari dokter pada umumnya tidak mempunyai pengetahuan dalam bidang kedokteran sebanyak dokter. Dokter dapat saja terjebak dalam posisi tuduhan penyalahgunaan keadaan apabila tidak memberikan penjelasan atau informasi yang transparan pada pasien. Penyalahgunaan keadan dalam Bahasa belanda disebut *misbruik van omstandigheden* yaitu suatu keadaan yang menyalahgunakan keadaan darurat orang lain karena ketergantungannya atau ketidakberdayannya. Dalam hukum Amerika dikenal dengan *duress*, *undue influence*, atau *unconscionability* meskipun dengan ketentuan yang sedikit berbeda.[511]

Berdasarkan kriteria yang diberikan Van Dunne, maka apabila dokter dianggap telah melakukan penyalahgunaan keadaan tergolong penyalahgunaan keunggulan kejiwaan atau psikologis ysng dilandasi dari ketergantungan relatif maupun karena adanya kondisi yang kurang baik maupun kurang pengertahuan. Sedangkan berdasarkan prinsip *undue influence*, dokter dapat dianggap menyalahgunakan pengaruhnya kepada pasien untuk membujuk pasien

[510]Krisman Wilhelmus, 'Perlindungan Hukum Terhadap Dokter Dalam Melaksanakan Tugas Profesi Menurut Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran', *Lex Administratum*, Vol. V/No. 7/Sep/2017, h.82, https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/administratum/article/viewFile/17543/17075 diakses pada 10 April 2022.

[511]Rendy Saputra, *Kedudukan Penyalahgunaan Keadaan Dalam Hukum Perjanjian Indonesia*, Gajah Mada University Press, Yogyakarta, 2016, h.52.

menyepakati kontrak sedangkan dari pihak pasien akan berakibat pasien menyepakati kontrak secara sukarela tetapi kesepakatan bukan dari kehendak bebasnya.[512]

Pelanggaran terhadap kewajiban hukum dokter dalam relasi dokter-pasien dari sudut hukum perikatan dapat timbul :[513]

1. Wanprestasi.
2. Perbuatan melawan hukum.

Wanprestasi diartikan sebagai prestasi yang buruk, yang pada dasarnya melanggar isi kesepakatan dalam perjanjian. Sehingga apabila dokter dianggap tidak melaksanakan prestasinya dalam arti tidak memberikan pelayanan medis kepada pasien sesuai standar yang ada sehingga menyebabkan kerugian pada pasien, maka dapat dikatakan dokter melakukan wanprestasi. Wujud kerugian dalam wanprestasi pelayanan dokter haruslah benar-benar akibat dari pelayanan medis tersebut yang berupa kerugian materiil yang dapat diukur dengan uang, misalnya biaya pengobatan. Sedangkan kerugian secara imateriil tidak dapat dituntut berdasarkan wanprestasi namun dapat dituntut berdasarkan perbuatan melanggar hukum *(onrechtmatige daad).*[514]

Seperti yang disebutkan sebelumnya bahwa perikatan antara dokter dan pasien tergolong sebagai perikatan usaha atau *inspanning verbintenis.* Dalam Pasal 61 UU tentang Tenaga Kesehatan dijelaskan tentang perikatan usaha ini yaitu *"Dalam menjalankan praktik, Tenaga Kesehatan yang memberikan*

[512]*Ibid*., h.57.
[513]Adami Chazawi, *Op.Cit.,* h.37.
[514]*Ibid.,* h.44.

pelayanan langsung kepada Penerima Pelayanan Kesehatan harus melaksanakan upaya terbaik untuk kepentingan Penerima Pelayanan Kesehatan dengan tidak menjanjikan hasil". Jadi prestasi sebagai objek perikatan di sini adalah upaya terbaik yang dilakukan dokter. Hal ini seperti yang berlaku di Malaysia yang menganut sistem *common law*, tanggung gugat *medical negligence* dapat dilakukan berdasarkan *contract law* maupun *law of tort* (perbuatan melawan hukum). Tetapi pada kenyataannya tuntutan berdasarkan *tort* lebih sering dilakukan. Pada beberapa keputusan pengadilan hakim beranggapan tidaklah sesuai dilakukan tuntutan berdasarkan *contract law* karena seorang dokter tidak pernah menjanjikan hasil, kecuali pada suatu tindakan non terapeutik.[515] Sebagai contoh, seorang dokter bedah plastik yang selama ini selalu dianggap relasi dengan pasien berupa perikatan hasil tetapi sebenarnya tidak murni merupakan perikatan hasil. Apabila seorang dokter bedah platik melakukan operasi estetika pemancungan hidung, mungkin dokter dapat menjanjikan jenis dan ukuran prostesa yang akan dipasang, tetapi dokter tidak dapat menjanjikan bahwa operasi estetika yang dilakukan akan membawa hasil yang menbuat pasien lebih menarik karena menarik adalah ukuran yang subjektif. Demikian juga karena semua tindakan medis mempunyai risiko salah satunya risiko terjadinya infeksi luka operasi, maka apabila terjadi risiko ini dokter tidak dapat menjanjikan bahwa tindakannya tidak menjanjikan hasil. Oleh karena itu sesungguhnya tidak ada satu pun transaksi terapeutik antara dokter dan pasien yang dapat digolongkan murni sebagai perikatan hasil.

[515]Puteri Nemie Jahn, *Op Cit.,* h.6.

Menurut P.S. Atiyah,[516] sengketa medis terkait malpraktik lebih sesuai digolongkan dalam *law of tort* bukan dalam *contract law* karena beberapa hal :

a. Kontrak hanya berlaku untuk individu yang kompeten, sedangkan dalam transaksi terapeutik tidak selalu melibatkan individu yang kompeten misalnya anak-anak atau orang yang tidak kompeten secara mental.
b. Pada relasi dokter dan pasien selalu terdapat kondisi ketidakseimbangan dalam hal pengetahuan dan kurangnya informasi sehingga selalu terdapat ketidakseimbangan dalam evaluasi risiko dan tawar-menawar yang merupakan syarat dalam kontrak.

Khusus di dalam hukum perdata, untuk membuktikan apakah tindakan dokter termasuk malpraktik medis adalah :[517]

1. *A duty of due care* : apakah tindakan dokter sudah memenuhi standar yang ditentukan
2. *The breach of the duty* : adakah pelanggaran kewajiban profesional dokter dalam menjalankan kewajibannya
3. *Causation :* apakah kelalaian itu benar merupakan penyebab cidera pada pasien
4. *Damages :* apabila terbukti adanya kelalaian maka pasien berhak mendapat ganti rugi

Peraturan perundang-undangan yang ada tidak mengatur lebih lanjut tentang ganti rugi akibat perbuatan melanggar hukum meski ada kewajiban pelaku

[516]P.S.Atiyah, 'Medical Malpractice and The Contract/Tort Boundary', *49* L*aw and* C*ontemporary* P*roblems* 287-303 (Spring 1986), https://scholarship.law.duke.edu/lcp/vol49/iss2/18 p diakses ada 12 April 2022

[517]Ninik Maryanti, *Op.Cit*, h.54.

untuk memberikan ganti rugi. Ganti rugi berupa materiil adalah ganti rugi yang dialami secara nyata misalnya terkait biaya yang telah dikeluarkan sedangkan ganti rugi imateriil adalah ganti rugi yang tidak dapat dihitung secara sistematis tetapi berdasarkan kebijaksanaan hakim dan bersifat wajar.[518] Menurut Rosa Agustina,[519] ganti rugi materiil tidak hanya biaya yang dikeluarkan tetapi juga kerugian akibat tidak mampu bekerja serta kebutuhan tambahan apabila korban tidak dapat pulih sepenuhnya. Sedangkan ganti rugi imateriil adalah ganti rugi yang menyangkut penderitaan jasmani dan rohani seseorang termasuk berkurangnya kesenangan hidup maupun rasa sakit dan penderitaan.

Hubungan keperdataan antara dokter dan pasien juga dapat dikarenakan lahir dari undang-undang yang berupa perbuatan sukarela *(zaakwaarneming)* sebagaimana diatur dalam Pasal 1354-1358 BW. *Zaakwaarneming* diartikan sebagai mengurus kepentingan orang lain secara sukarela tanpa ada perintah untuk melakukannya baik secara diketahui atau tidak diketahui oleh orang yang diurus keperluannya tersebut atau dapat dikatakan seseorang yang secara sukarela mengurus orang lain dengan risiko dan perhitungan orang tersebut.[520] Dalam *zaakwaarneming* pengurusan yang dilakukan oleh pengurus *(gestor)* harus diselesaikan hingga pihak yang diurus *(dominus)* dapat mengerjakan sendiri kepentingannya tersebut.

[518]Leonora Bakarbessy, *Op.Cit*., h.254.
[519]Rosa Agustina, *Op.Cit.*, h.137.
[520]Herowati Poesoko, Djulaeka, Sri Astuti, dan Puspa Melati, *Krakteristik Pengaturan Zaakwaarneming Dalam Burgerlijk Wetboek*, dalam Pokok-POkok Pikiran Perbuatan Menurut Hukum Dan Perkembangannya di Indonesia, UPT Unhas Press, 2018, h.46.

Pasal 1357 BW menyebutkan bahwa *dominus* harus mengganti segala pengeluaran yang berfaedah atau perlu, sedangkan di Pasal 1358 BW ditulis bahwa orang yang melakukan pengurusan secara sukarela tidak berhak atas suatu upah. Karena pengurusan ini memiliki arti moral yang tinggi dan memiliki manfaat yang baik maka biaya pengeluaran *gestor* harus diliat dari kepantasan, kepatutan, dan kebiasaan yang berlaku.[521] Kondisi pengurusan sukarela seringkali terjadi pada pelayanan di ruang gawat darurat, misalnya seseorang yang dalam kondisi tidak sadar mengalami kecelakaan lalu lintas tanpa ada keluarga yang mengantar dan harus segera mendapat pertolongan untuk menyelamatkan nyawa.

Keadaan ini apabila dilihat dari sisi perlunya *informed consent* merupakan hal yang dikecualikan dapat dilakukan tanpa memerlukan persetujuan seperti halnya tercantum dalam Pasal 4 Permenkes Persetujuan Tindakan Kedokteran bahwa dalam kondisi kegawatan untuk menyelamatkan nyawa pasien dan mencegah kecacatan maka tidak diperlukan persetujuan tindakan kedokteran. Namun tidak jarang keadaan ini menimbulkan kendala pembiayaan karena belum ada peraturan perundang-undangan yang secara khusus mengaturnya. Apabila mencermati Pasal 1357 BW yang secara lengkap berbunyi :

> *Pihak yang kepentingannya diwakili oleh orang lain dengan baik, diwajibkan memenuhi perikatan-perikatan, yang dilakukan oleh wakil itu atas namanya, memberi ganti rugi dan bunga yang disebabkan oleh segala perikatan yang secara perorangan dibuat olehnya, dan mengganti segala pengeluaran yang berfaedah dan perlu.*

Terlihat di sini ada beberapa hal yang dapat digarisbawahi dalam menerapkan *zaakwaarneming* dalam hubungan keperdataan antara dokter dan pasien yaitu :

[521] *Ibid*., h.47 .

1. Apabila pengurusan tesebut dilakukan dengan baik (dalam hal ini dokter dan rumah sakit telah melakukan tindakan pertolongan kepada pasien dalam kondisi kegawatan demi keselamatan pasien serta melakukannya sesuai dengan standar dan prosedur yang yang ada).
2. Pihak yang diurus wajib memenuhi perikatan yang dilakukan oleh pihak yagn mengurus atas namanya dan mengganti pengeluaran yang berfaedah (dalam hal ini sesuai dengan kepatutan dan kebiasaan yang ada dalam masyarakat, karena dokter dan rumah sakit telah melakukan kewajiban moral dan hukum menolong pasien tersebut, maka pihak pasien setelah selesai perawatan wajib untuk melakukan penggantian biaya sesuai standar rumah sakit dan sesuai kewajaran atau kepantasan yang berlaku. Upah yang nantinya diterima oleh pemberi layanan kesehatan digolongkan sebagai bentuk pengeluaran yang berfaedah untuk pasien).

Apabila nantinya *dominus* dalam hal ini pasien nantinya tidak memberikan ganti rugi pembiayaan seperti ketentuan maka padanya tidak dapat dihadapkan pada permasalahan wanprestasi, tetapi lebih mengarah pada unsur perbuatan melanggar hukum karena sumber perikatannya adalah sumber perikatan yang berdasarkan undang-undang. Menurut Herowati dkk,[522] pengaturan Pasal 1357 BW lebih menekankan pada prinsip kepatutan dan kewajaran. Namun menurut penulis, pengaturan tentang perbuatan sukarela dalam kondisi kegawatan pasien oleh dokter dan rumah sakit akan lebih baik apabila diatur secara khusus mengingat kejadian seperti ini

[522]Ibid., h.54

seringkali terjadi meskipun tidak selalu timbul masalah dalam pelaksanaannya. Tindakan pengurusan pasien dalam kondisi gawat darurat harus dilakukan sampai selesai oleh dokter dan rumah sakit, namun apabila keluarga pasien selanjutnya datang atau pasien sudah dapat mengurus kepentingannya sendiri misalnya pasien sudah sadar, maka dokter harus menjelaskan secara transparan kepada pasien dan keluarganya serta tidak memaksakan untuk melanjutkan perawatan di tempat tersebut apabila memang pasien atau keluarga pasien tidak menghendakinya.

3.3.3 Bidang Hukum Pidana

Menurut Moeljatno[523], hukum pidana adalah merupakan bagian dari keseluruan hukum di suatu negara yang meliputi aturan-aturan :

a. menentukan perbuatan yang tidak boleh dilakukan, dilarang, dengan ancaman sanksi bagi yang melanggarnya.
b. menentukan kapan dan dalam hal apa bagi yang melanggar.
c. menentukan bagaimana cara pengenaan pidananya.

Tujuan hukum pidana adalah untuk menakut-nakuti setiap orang agar mereka tidak melakukan perbuatan pidana (fungsi preventif) serta mendidik orang yang telah melakukan perbuatan pidana untuk dapat menjadi orang yang baik dan diterima kembali dalam masyarakat (fungsi represif). Jadi tujuan hukum pidana adalah memenuhi rasa keadilan, melindungi masyarakat *(social defence),*

[523]Moeljatno, Asas-Asas Hukum PIdana, edisi revisi, Penerbit RIneka Cipta, Jakarta, 2008, h.1

melindungi kepentingan individu (hak asasi manusia) dan kepentingan masyarakat dengan negara, menyelesaikan konflik, reformasi yaitu memperbaiki orang yang jahat untuk menjadi baik dan diterima masyarakat, restrain yaitu mengasingkan pelanggar dari masyarakat sehingga menimbulkan rasa aman, retribusi yaitu pembalasan terhadap pelanggar karena telah melakukan kejahatan, deterens yaitu menjera atau mencegah sehingga baik terdakwa sebagai individu maupun orang lainyang berpotensi menjadi penjahat akan jera untuk melakukan kejahatan karena melihat sanksi yang dijatuhkanmkepada terdakwa.[524]

Pembagian perbuatan pidana secara kualitatif adalah berupa kejahatan dan pelanggaran, dimana kejahatan adalah perbuatan yang meski tidak ditentukan oleh undang-undang sebagai pebuatan pidana sudah pasti dianggap sebagai perbuatan yang bertentangan dengan hukum. Sedangkan pelanggaran adalah perbuatan yang hanya dapat diketahui sifat bertentangan dengan hukum apabila ada undang-undang yang mengaturnya. Saat ini lebih banyak menggunakan pembagian secaara kunatitatif atau menurut berat ringannya hukuman, dimana ancaman pidana pada kejahatan lebih berat daripada pelanggaran.[525] Selain itu pembagian perbuatan yang dapat dikaitkan dengan bidang kesehatan adalah :[526]

a. delik dolus (kesengajaan) dan delik culpa (kelalaian)
b. delik commisionis (melakukan perbuatan yang dilaranng aturan pidana) dan delik ommisionis (tidak melakukan perbuatan yang seharusnya dilakukan)

[524]Sri Hajati, Ellyne Dwi Poespasari, Oemar Moechtar, *Buku Ajar Pengantar Hukum Indonesia*, Airlangga University Press, Surabaya, 2017, h. 201.
[525]*Ibid*., h.79.
[526]*Ibid*., h.82.

Dalam KUHP buku pertama menyebutkan alasan-alasan yang menghapuskan pidana. Alasan penghapus pidana dapat berupa alasan yang terdapat dalam batin terdakwa (Pasal 44 KUHP yang menyebutkan tentang adanya gangguan karena suatu penyakit ataupun cacat jiwanya) dan alasan yang di luar sikap batin (Pasal 48-51 KUHP yang menyebutkan tentang adanya daya paksa, pembelaan terpaksa, ketentuan undang-undang, dan karena perintah jabatan). Alasan yang menghapuskan pidana dibagi menjadi :[527]

a. Alasan pembenar yaitu alasan yang menghapuskan sifat melawan hukum perbuatan, sehingga perbuatan yang dilakukan menjadi perbuatan yang benar
b. Alasan pemaaf yaitu alasan yang menghapuskan kesalahan pelaku. Perbuatan yang dilakukan tetap bersifat melawan hukum dan tetap merupakan perbuatan pidana, tetapi dia tidak dipidana karena tidak ada kesalahan.
c. Alasan penghapus penuntutan yaitu alasan yang oleh pemerintah dianggap atas dasar kemanfaatannya pada masyarakat sebaiknya tidak diadakan penuntutan atau dengan pertimbangan kepntingan umum

Malpraktik medis yang berhubungan dengan hukum pidana adalah tindakan dokter yang bersifat aktif dan ada unsur kesengajaan, atau adanya inisiatif secara aktif dari pelaku untuk terwujudnya suatu perbuatan. Sedangkan pada tindakan yang sifatnya pasif atau tidak melakukan sesuatu yang seharusnya dilakukan sehingga menimbulkan akibat yang tidak dikehendaki atau melakukan sesuatu tidak didasari dengan kehati-hatian digolongkan sebagai kelalaian.[528] Willian C

[527]*Ibid.*, h.148.
[528]H. Muntaha, *Hukum PIdana Malpraktik Pertanggungjawaban dan Penghapus Pidana*, Sinar Grafika, Jakarta, 2017, h.128.

Robinson mengklasifikasikan sifat melawan hukum dalam perbuatan piadana terdiri dari :[529]

a. *Nonfeasance :* tidak berbuat sesuatu yang diwajibkan hukum.
b. *Misfeacance* : perbuatan yang dilakukan secara salah oleh orang yang mempunyai hak atau kewajiban untuk melakukannya.
c. *Malfeasance* : perbuatan yang dilakukan tetapi yang bersangkutan tidak berhak melakukannya.

Hukum pidana dalam dunia kedokteran merupakan *ultimum remedium*, yaitu hukum dan sanksi pidana hanya digunakan apabila sanksi lain sudah tidak berdaya untuk dilakukan, artinya sanksi pidana hanya dipakai sebagai sanksi terakhir setelah administrasi dan perdata. Jadi sanksi pidana di sini bukan merupakan primum remedium yaitu sebagai senjata utama atau yang dipakai sebagai ancaman pertama kali dalam sutau ketentuan undang-undang seperti halnya tindak pidana korupsi atau terorisme.[530]

Menghubungakan malpraktik kedokteraan dengan hukum pidana bukanlah sesuatu yang mudah, karena di dalam kedokteran bukan hanya aturan tertulis yang menjadi pedoman tetapi masih ada unsur etika dan sosial. Dalam menentukan suatu tindakan melawan hukum atau tidak menurut Tongat dapat didasarkan pada dua prinsip berikut :[531]

[529]*Ibid.,* h.136.
[530]Didik Endro Purwoleksono, *Op.Cit*., h.8
[531]*Ibid*., h.141.

a. Asas legalitas formil seperti yang disebutkan dalam Pasal 1 KUHP "tidak ada suatu perbuatan dapat dipidana kecuali atas kekuatan aturan pidana dalam perundang-undangan yang telah ada sebelum perbuatan dilakukan".
b. Asas legaliats materiil, tidak dirumuskan secara formil dalam KUHP tetapi prinsip ini dipegang teguh dalam masyarakat, sehingga untuk menentukan patur tidaknya perbuatan dianggap melawan hukum atau perbuatan pidana adalah nilai-nilai yang hidup dalam masyarakat misalnya nilai moral, adat, agama, dan sebagainya.

Dalam hukum pidana pembuktian adalah hal yang sangat penting untuk menentukan seseorang termasuk dokter dalam tuduhan malpraktik medis menjadi tersangka. Pembuktian di dalam hukum pidana adalah kebenaran materiil. Dalam hukum acara pidana Indonesia yaitu tertulis pada Pasal 184 KUHAP, alat bukti yang sah adalah :[532]

a. Keterangan saksi
b. Keterangan ahli
c. Surat
d. Petunjuk
e. Keterangan terdakwa

Selain itu diperlukan pengetahuan hakim tentang pokok perkara, sehingga perkara yang belum diatur rumusannya dalam undang-undang atau rumusannya tidak jelas

[532]Eddy O.S. Hiariej, *Teori dan Hukum Pembuktian*, Penerbit Erlangga, Jakarta, 2012, h.17.

maka hakim harus menjatuhkan putusan serasional mungkin dengan berbagai metode interpretasi.[533]

Penelitian pada sub bab ini membahas tentang hukum pidana terkait transparansi dalam hal *Do Not Rescucitate (DNR)* yang hingga saat ini masih belum mempunyai regulasi yang jelas yang dapat menjadi payung hukum bagi dokter maupun bagi pasien. Menurut pedoman Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit, DNR adalah perintah untuk tidak melakukan usaha *Cardio Pulmonary Rescucitation (CPR)* pada keadaan kegawatdaruratan bila pernafasan atau jantung terhentu.[534] Definisi CPR ini sendiri adalah suatu prosedur medis yang digunakan untuk mengembalikan fungsi jantung (sirkulasi) dan pernapasan spontan pasien bila seorang pasien mengalami kegagala jantung maupun pernapasan. CPR melibatkan ventilasi paru (resusitasi mulut ke mulut atau mulut ke hidung) dan kompresi dinding dada untuk mempertahankan perfusi ke jaringan organ vital selama dilakukan upaya-upaya untuk mengembalikan respirasi dan ritme jantung yang spontan. CPR lanjut melibatkan *DC shock,* insersi tube untuk membuka jalan napas, injeksi obat-obatan ke jantung dan untuk kasus-kasus ekstrim pijat jantung langsung (melibatkan operasi bedah toraks). Panduan yang dibuat oleh SNARS dalam rangka akreditasi rumah sakit dalam hal DNR adalah :

A. Menghormati keinginan pasien dan keluarganya :
   1. Kecuali perintah DNR dituliskan oleh dokter untuk seorang pasien, maka dalam kasus-kasus henti jantung dan henti napas, tenaga emergensi wajib melakukan tindakan resusitasi
   2. Ketika memutuskan untuk menuliskan perintah DNR, dokter tidak boleh mengesampingkan keinginan pasien maupun walinya

[533] *Ibid*., h.19.
[534] Panduan DNR SNARS, 2012, http://snars.web.id/rs/panduan-dnr-do-not-resuscitate/ diakses pada 9 Januari 2022.

3.Perintah DNR dapat dibatalkan (atau gelang DNR dapat dimusnahkan)

B. Kriteria DNR

1. Perintah DNR dapat diminta oleh pasien dewasa yang kompeten mengambil keputusan, telah mendapat penjelasan dari dokternya, atau bagi pasien yang dinyatakan tidak kompeten, keputusan dapat diambil oleh keluarga terdekat,atau wali yang sah yang ditunjuk oleh pengadilan,
2. Dengan pertimbangan tertentu, hal-hal di bawah ini dapat menjadi bahan diskusi perihal DNR dengan pasien/walinya:
   A. Kasus-kasus dimana angka harapan keberhasilan pengobatan rendah atau CPR hanya menunda proses kematian yang alami
   B. Pasien tidak sadar secara permanen
   C. Pasien berada pada kondisi terminal
   D. Ada kelainan atau disfungsi kronik dimana lebih banyak kerugian dibanding keuntungan jika resusitasi dilakukan

C. TATA LAKSANA

Prosedur Penolakan Resusitasi di Rumah Sakit

1. Dokter Penanggung Jawab Pasien menjelaskan tentang pentingnya resusitasi atau pengobatan bantuan hidup dasar
2. Pasien atau keluarga / wali yang ditunjuk mengisi formulir penolakan resusitasi.

Prosedur yang direkomendasikan:

1. Meminta informed consent dari pasien atau walinya
2. Mengisi formulir DNR. Tempatkan kopi atau salinan pada rekam medis pasien dan serahkan juga salinan pada pasien atau keluarga dan caregiver.
3. Menginstruksikan pasien atau caregiver memasang formulir DNR ditempat-tempat yang mudah dilihat seperti headboard, bedstand, pintu kamar atau kulkas
4. Dapat juga meminta pasien mengenakan gelang DNR di pergelangan tangan atau kaki (jika memungkinkan)
5. Tinjau kembali status DNR secara berkala dengan pasien atau walinya, revisi bila ada perubahan keputusan yang terjadi dan catat dalam rekam medis.Bila keputusan DNR dibatalkan, catat tanggal terjadinya dan gelang DNR dimusnahkan
6. Perintah DNR harus mencakup hal-hal di bawah ini:
   A. Diagnosis
   B. Alasan DNR
   C. Kemampuan pasien untuk membuat keputusan
   D. Dokumentasi bahwa status DNR telah ditetapkan dan oleh siapa
7. Perintah DNR dapat dibatalkan dengan keputusan pasien sendiri atau dokter yang merawat, atau oleh wali yang sah. Dalam hal ini, catatan DNR direkam medis harus pula dibatalkan dan gelang DNR (jika ada) harus dimusnahkan

D. DOKUMENTASI

1. Pencatatan dan pelaporan dilakukan oleh seluruh penyelenggara RS dengan mengunakan format yang sudah disediakan oleh Rekam Medis
2. Penolakan pemberian DNR (Do Not Resusitate) atau jangan lakukan resusitasi dengan mengisi formulir keputusan DNR.
3. Seluruh tindakan yang dilakukan di catat dalam catatan keperawatan (rekam medis)

Perdebatan tentang DNR masih menyisakan pro dan kontra hingga saat ini terutama terkait etika medis dalam hal *autonomy* serta *beneficence* juga dalam pembahasan tentang hak asasi manusia yaitu hak untuk hidup. Penentuan keputusan DNR seringkali dihadapi oleh dokter dan tenaga kesehstan lainnya di ruang perawatan intensif dan pada pasien dengan penyakit berat atau harapan hidup kecil, harus diputuskan dalam waktu relatif singkat, serta tidak jarang menjadi perdebatan internal di antara keluarga pasien pada pasien yang tidak kompeten atau tidak sadar yang tidak dapat mengambil keputusan.

Prinsip keadilan dalam hak-hak pasien adalah menjamin semua pasien yang mengalami henti jantung harus mendapat CPR, meskipun tetap harus diperitmbangkan pada pasien mana CPR akan memberikan manfaat yang paling baik. Dalam menjamin terjadinya keadilan, penyedia layanan kesehatan harus mempertimbangkan apakah sebuah tindakan medis:[535]

a. mengobati, mencegah dan memberikan harapan hidup yang tinggi
b. menghasilkan lebih sedikit efek samping dan kesakitan
c. memberikan manfaat
d. secara nyata memberikan dampak positif dibanding dampak negatif

[535]Gina Adriana, 'Do Not Resucitate (DNR) Dalam Sistem Hukum Indonesia', *Jurnal Ilmiah Indonesia*, Mei 2021, 1 (5), 515 – 523, h. 520, https://cerdika.publikasiindonesia.id/index.php/cerdika/article/download/82/172 diakses pada 11 Januari 2022.

General Medical Council telah mengeluarkan panduan dalam hal DNR yang diberlakukan bagi mereka yang mengetahui kematiannya mungkin akan terjadi dalam rentang waktu 12 bulan maupun bagi mereka yang kemungkinan akan mengalami kematian dalam waktu dekat baik beberapa jam hingga beberapa hari. Pedoman ini berisikan tentang siapa saja yang dilakukan DNR (misalnya pasien paliatif, pasien dengan penyakit berat yang sudah datang dalam keadaan buruk di rumah sakit, termasuk bayi baru lahir dengan kelainan bawaan kompleks), kemungkinan keberhasilan DNR termasuk apabila berhasil kemungkinan yang terjadi pada pasien termasuk kualitas hidup pasien (karena angka keberhasilan DNR cukup kecil), terapi atau perawatan selanjutnya apabila DNR berhasil.[536] Hal yang menjadi perhatian pada panduan GMC tentang DNR ini adalah faktor legalitas dilakukannya DNR berkenaan dengan kapasitas dengan mengacu pada *Mental Capacity Act 2005* (England and Wales), dan the *Adults with Incapacity (Scotland) Act 2000*. Beberapa hal yang dicantumkan di sana adalah :[537]

a. Siapakah yang mempunyai legalitas untuk membuat keputusan pada pasien dewasa (di atas 16 tahun) dan mereka mempunya kompetensi untuk membuat keputusan sendiri.
b. Bagaimana tata cara yang harus dilakukan pada seorang dewasa yang memutuskan untuk dilakukan DNR.

[536]General Medical Council, "Cardiopulmonary Resuscitation (CPR), 2017 https://www.gmc-uk.org/ethical-guidance/ethical-guidance-for-doctors/treatment-and-care-towards-the-end-of-life/cardiopulmonary-resuscitation-cpr diakses pada pada 10 januari 2022.
[537]*Ibid*.

c. Harus ada panduan yang jelas bagi pasien dewasa yang kurang atau tidak kompeten yang harus mengambil keputusan, bagi pasien dengan kondisi lemah atau bagia seseorang yang dianggap kehilangan kebebasannya.
d. Dukungan bagi pasien dewasa yang kurang atau tidak kompeten dalam membuat keputusan termasuk dalam penunjukan kuasa hukum
e. Penentuan kompetensi pasien harus dilakukan secara cermat termasuk kemapuannya untuk berkomunikasi.
f. Tindak lanjut apabila terjadi ketidaksepakatan, termasuk secara litigasi ke pengadilan apabila diperlukan.

Secara etika memang seorang dokter akan berprinsip melakukan yang terbaik untuk pasien atau *do all that possible*. Tetapi kadangkala hal yang harus dilakukan itu merupakan hal yang *extraordinary* atau di luar batas kemampuan yang dimiliki baik dari sisi dokter, rumah sakit, maupun pasien atau keluarganya. Batas dilakukannya perawatan yang *extraordinary* adalah jika sudah tidak ada harapan yang rasional dari perawatan yang dilakukan meskipun mungkin mereka menghendakinya *(medical futility)*.[538]

Kejadian dalam hal DNR di negara Barat sering terjadi di masa pandemi Covid-19. Menurut berita yang ada dikeluarkan oleh BBC News pada 18 Maret 2021, sebanyak 508 kejadian DNR di Inggris sejak Maret 2020 tidak didasarkan pada diskusi dengan pasien atau kerabat dekatnya dengan sepertiga kasus atau sebanyak 108 terjadi pada bulan Desember. *Care Quality Commission (CQC)*

[538] Regina F. Doherty dan Ruth B. Purtilo, *Ethical Dimensions in The Health Proffesions, 6th edition*, Elsevier, USA, 2011, h.333.

menyarankan dalam melakukan komunikasi tentang DNR harus dilakukan oleh staf terlatih, informasi harus jelas dan mudah diakses, serta dilakukan perekaman selama proses komunikasi hingga pengambilan keputusan. [539] Kejadian lain selain DNR pada masa pandemi adalah kejadian yang terjadi di Miami pada tahun 2018 di saat seorang laki-laki 70 tahun dibawa ke instalasi gawat darurat dalam keadaan tidak sadar dan tanpa tanda pengenal dengan tato *Do Not Rescucitate* di dada dan tato tanda tangan di leher. Pada saat itu dokter yang bertugas sempat ragu untuk melakukan CPR karena tato tersebut meskipun pada akhirnya tetap dilakukan CPR. Oleh karena itu beberapa negara menetapkan bahwa pernyataan DNR secara resmi adalah berupa dokumen resmi, kartu, atau kalung atau gelang.[540]

Di Indonesia belum ada peraturan perundang-undangan tentang DNR secara spesifik. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 37 Tahun 2014 tentang Penentuan Kematian dan Pemanfaatan Organ Donor tidak menyebutkan secara jelas apakah penghentian bantuan hidup yang dilakukan pada pasien yang memenuhi kriteria kematian secara klinis maupun kematian batang otak hanya berlaku bagi pasien yang akan melakukan donor organ ataukah ketentuan ini juga berlaku pada pasien dengan penyakit berat yang lainnya yang tidak akan melakukan donor organ. Masih ada keraguan bagi dokter untuk melakukan DNR pada pasien. DNR dapat dikatakan merupakan tindakan *euthanasia*[541] pasif yang

[539]BBC NEWS, *"*Covid-19: Concern over 'do not resuscitate' decisions during pandemic", 18 March 2021, https://www.bbc.com/news/health-56435428 diakses pada 11 januari 2022.

[540]Matthew Konya, 'DNR tattoos: Are they legal and is EMS bound to comply?', Jan 11, 2018, https://www.ems1.com/paramedic-chief/articles/dnr-tattoos-are-they-legal-and-is-ems-bound-to-comply-RE78PPdJlpo3zjUs/ diakses pada 11 Januari 2022.

[541]Harvey Marcovitch, *Op.Cit.*, h.236 *(Euthanasia is the procuring of an easy and painless death, euthanasia or mercy killing has to come to be understoodas a deliberate act or omission whose primary intention is to end another person's life).*

pengaturannya juga belum ada di Indonesia, bahkan masih berisiko terancam dengan sanksi pidana.

Secara sederhana, *euthanasia* ditinjau dari pelaksanaannya dapat dibedakan atas :[542]

1. *Euthanasia* aktif yaitu melakukan intervensi tindakan medik untuk mengakhiri hidup seseorang
2. *Euthanasia* pasif yaitu menghentikan semua tindakan atau tindakan yang perlu untuk mempertahankan hidup manusia.

Euthanasia dianggap erat kaitannya dengan hukum pidana seperti yang tercantum dalam KUHP diantaranya :[543]

a. Pasal 338 dan 340 tentang pembunuhan dan pembunuhan berencana
b. Pasal 344 tentang pembunuhan atas permintaan korban
c. Pasal 345 tentang membantu seseorang untuk bunuh diri
d. Pasal 304 dan 306 tentang pembiaran sampai meninggal

Saat ini beberapa negara sudah melegalkan *euthanasia (mercy killing, assisted suicide, assisted dying)*, dengan kelompok yang menduku ng beranggapan bahwa setiap orang berhak untuk menentukan pilihan sedangkan kelompok yang menolak beranggapan bahwa hak hidup adalah milik setiap orang dan merupakan anugerah Tuhan. Negara yang melegalkan euthanasia adalah

[542]Jusuf Hanafiah, Amri Amir, *Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan edisi 4,* Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta, 2014. h.119.

[543]Sutarno, *Hukum Kesehatan Eutanasia, Keadilan, dan Hukum Positif di Indonesia*, Setara Press, 2014, Malang, h.21.

Swiss, Belanda, Spanyol, Belgia, Luxemburg, Kanada, Columbia, Australia, USA, Prancis, dan New Zealand.[544]

Faktor tranparansi dalam memberikan penjelasan kepada pasien atau kelurganya merupakan bagian yang sangat penting dalam komunikasi terkait DNR. Perlu diperhatikan bahwa kondisi fisik dan psikis pasien juga menjadi pertimbangan apakah pasien siap dan mau menerima informasi tentang kondisi penyakitnya secara jelas dan transparan. Pendokumentasian tentang penjelasan dan keputusan keluarga pasien harus dilakukan dengan sangat baik sesuai aturan yang berlaku terkait rekam medis, bahkan jika perlu dilakukan perekaman. Masih menjadi masalah perlindungan hukum bagi dokter apabila dalam penentuan keputusan DNR oleh keluarga pasien pada pasien yang tidak kompeten atau tidak sadar terdapat beda pendapat atau pertentangan di antara keluarga pasien sendiri, karena dokter masih merasa kuatir akan ancaman tuntutan pidana yang mungkin terjadi di kemudian hari.

3.4 *Ratio Decidendi* Putusan Hakim Terkait Prinsip Transparansi dalam Pelayanan Kesehatan

Penerapan hukum dalam keputusan hakim harus dapat mencerminkan keadilan, sehingga sebagai konsekuensi apabila tidak ada undang-undang yang

[544]The Week, "The Countries Where Euthanasia Is Legal", 22 September 2021, https://www.theweek.co.uk/102978/countries-where-euthanasia-is-legal diakses pada 10 Januari 2022.

jelas sebagai dasar hakim mengambil keputusan maka hakim harus melakukan interpretasi berupa :[545]

1. Interpretasi restriktif yaitu suatu interpretasi yang hanya merujuk pada undang-undang
2. Interpretasi teleologis yaitu dalam memaknai ketentuan undang-undang, hakim merujuk pada tujuan dibuatnya undang-undang tersebut dengan mempertimbangkan perkembangan dan pandangan dalam masyarakat
3. Interpretasi gramatikal yaitu menginterpretasi kata-kata dalam undang-undang berdasarkan maknanya bukan hanya terbatas pada kata-katanya.
4. Interpretasi dari sejarah pembentukan undang-undang yaitu Interpretasi terhadap sejarah terbentuknya pasal atau undang-undang tersebut.
5. Interpretasi sistematis yaitu kata-kata yang diinterpretasi tidak berdiri sendiri melainkan merupakan bagian dari suatu bidang hukum yang lain yag pada akhirnya mengarah pada asas hukum.
6. Interpretasi ekstensif yaitu memperluas suatu pengertian.

Hakim dalam mengambil suatu keputusan harus mempunyai kepekaan nurani, moral, profesionalisme sehingga dapat menegakkan hukum dan keadilan. Keputusan yang diambil harus dapat dipertanggungjawabkan kepada Tuhan Yang maha Esa dan kepada masyarakat terutama sebagai pencari keadilan. Hakim harus mempunyai kebebasan tetapi bukan bebas tak terbatas, dalam arti tidak

[545]Peter Mahmud Marzuki-1, *Op.Cit*., h.189.

bertentangan dengan ideologi negara, undang-undang sederajat, hak asasi manusia, dan keadilan.[546]

Perlindungan hukum yang proporsional bagi dokter dan pasien apabila masuk ke ranah pengadilan atau litigasi tidak dapat dilepaskan dari putusan hakim yang hati-hati dan cermat, karena itu sering dikatakan bahwa putusan adalah mahkota hakim karena putusan yang diambil harus memenuhi rasa keadilan, mampu menciptakan kepatian dan kemanfaatan hukum.[547] Sebelum menghasilkan putusan, majelis hakim melakukan musyawarah majelis untuk menetapkan pihak mana yang berhasil membuktikan dan pihak mana yang tidak berhasil membuktikan serta menetapkan hak-hak dan hubungan hukum di antara para pihak.[548]

Pertimbangan hukum yang dipakai hakim dalam memutuskan suatu perkara disebut dengan *ratio decidendi (reasons of the judgement)*, di mana hakim manghubungkan fakta-fakta hukum (pokok perkara) dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan hal tersebut. Selanjutnya hakim akan menemukan hukumnya dengan berbagai pisau analisis misalnya penafsiran (interpretasi) maupun kontruksi hukum *(law making).* [549]

Selain *ratio decidendi*, pertimbangan putusan hakim adalah berdasarkan *obiter dicta*. *Obiter Dicta* merupakan istilah yang berasal dari Bahasa Latin yang

[546]Syarif Mappiasse, *Logika Hukum Pertimbangan Putusan Hakim*, Prenadamedia Grup, Jakarta, 2015, h.3.
[547]Natsir Asnawi, *Hermeneutika Putusan Hakim Pendekatan Multidisipliner dalam memahami Putusan Peradilan Perdata*, UII Press Yogyakarta, 2019, h.19 (selanjutnya disebut Natsir Asnawi -2).
[548]*Ibid*., h.27.
[549]*Ibid*., h.103

dalam Bahasa Inggris dapat dituliskan sebagai *"something said in passing, things said by the way".* Di dalam Black's Law Dictionary diartikan sebagai :[550]

> *"A judicial comment made while deliverings judicial option, but one that is unnecessary to the decision in the case and therefore not precedential (although it may be considered persuasive). Strictly speaking an obiter dicta is a remark made or opinion expressed by a judge, in his decision upon a cause 'by the way', that is incidentally or collaterally and not directly upon the question before the court; or it is any statement of law enunciated by the judge or court merely by way of illustration, argument, analogy, or suggestion. In the common speech of lawyers, all such extrajudicial expressions of legal opinion"*

Dengan kata lain *obiter dicta* adalah pernyatan hakim berkaitan dengan pandangannya terhadap suatu kasus yang mencakup pandangan terhadap aturan, prinsip, penerapan hukum tetapi tidak berkaitan langsung dengan subtansi atau pokok permasalahan kasus tersebut. *Obiter dicta* tidak mengikat seperti *ratio decidendi* tetapi dapat menentukan putusan, sering digunakan pada saat hakim ingin menggunakan petunjuk tertentu dalam kasus serupa tidak identik dalam beberapa hal pada kasus yang ditangani dan dijadikan pertimbangan hukum atas kasus-kasus berikutnya.[551] *Obiter dicta* terwujud dalam bentuk analogi, ilustrasi, atau hipotesa atas serangkaian fakta. Ketentuan tentang *obiter dicta* terdapat di dalam Pasal 1906 BW : "jika kesaksian-kesaksian berbagai orang mengenai berbagai peristiwa terlepas satu sama lain danmasing-masing berdiri sendiri, namun menguatkan suatu peristiwa tertentu karena mempunyai kesesuaian dan hubungan satu sama lain, maka hakim menurut keadaan bebas untuk memberikan kekuatan pembuktian kepada kesaksian-kesaksian yang berdiri sendiri itu".

[550]Bryan Gardner, *Op.Cit*., h.3401
[551]Natsir Asnawi -2, *Op.Cit*., h.104.

3.4.1 Analisis Putusan Nomor 417/Pdt.G/2012/PN Mdn

Kasus Posisi :

Seorang perempuan bernama Mariani Sihombing (selanjutnya disebut penggugat) pada tanggal 14 Mei 2009 berobat ke dr.Paulus Damanik,SpOG di Pematang Siantar (turut tergugat) dengan dignosa tumor di dalam kandungannya dan kadar oksigen darah rendah (Hb = 5,3 g%) sehingga meskipun seharusnya pada pasien dilakukan tindakan operasi tetapi tidak dapat dilakukan pada penggugat karena kondisinya. Turut tergugat kemudian merujuk penggugat ke Rumah Sakit Santa Elisabeth (tergugat 2) yang menurut turut tergugat mempunyai fasilitas lebih baik dan merekomendasikan dr.Hotma Partogi,SpOG (tergugat 1) sebagai dokter yang baik. Penggugat mendatangi tergugat 1 dan pada tanggal 20 Mei 2009 penggugat menjalani rawat inap untuk memperbaiki kadar darahnya sehingga pada tanggal 27 Mei 2009 penggugat menjalani operasi. Menurut keterangan penggugat bahwa tergugat 1 menjelaskan akan dilakukan kuretase (pengerokan dinding rahim) namun pada kenyataanya dilakukan pengangkatan kandungan. Pada tanggal 28 Mei 2009 penggugat tidak dapat kencing kemudian dinyatakan ada sumbatan, dikonsultasikan ke spesialis urologi dan dilakukan operasi. Setelah 25 hari dirawat di RS tersebut penggugat merasa tidak membaik dan minta dirujuk ke RS lain yaitu RS Columbia Asia Medan, dan oleh ahli kandungan di sana penggugat dikatakan mengalami tumor ganas yang harus dilakukan kemoterapi dan radiasi tetapi tidak dapat dilakukan karena kondisikandung kencing penggugat sehingga penggugat dirujuk ke RS PGI Cikini pada tanggal 1 Juli 2009. Di sana pasien kembali menjalani tindakan operasi dan

didapatkan lubang pada kandung kencing yang tidak dapat diperbaiki sehingga penggugat harus menggunakan selang kencing (kateter) secara permanen yang ahrus diganti secara berkala danmasih adanya kelenjar yang belum bersih pada operasi sebelumnya.

Penggugat mengajukan gugatan karena merasa dirugikan selain itu juga melaporkan ke MKDKI dengan nomor 24/P/MKDKI/VIII/2009. Keputusan MKDKI adalah sebagai berikut :

a. Terlapor atau tergugat 1 dalam penatalaksanaan pasien dianggap melakukan yang seharusnya tidak dilakukan atau tidak melakukan apa yang harusnya dilakukan sesuai dengan tanggung jawab profesionalnya tanpa alasan pembenar dan pemaaf yang sah sehingga membahayakan pasien, yakni tidak melakukan tindakan tindakan yang tepat pada keadaan yang memerlukan intervensi.
b. Menjatuhkan sanksi pada terlapor berupa rekomendasi pencabutan surat tanda registrasi selama 2 bulan.
c. Pelanggaran yang dilakukan bukan sebagai culpa (lalai) atau opzet (sengaja) juga bukan dalam arti keinsyafan dan kemungkinan dan melawan hukum baik dalam hukum pidana maupun perdata dalam pengertian malpraktik kedokteran secara hukum. Pelanggaran itu sebagai pelanggaran norma disiplin administratif

Pertimbangan Hakim :

Pertimbangan hukum yang digunakan majelis hakim dalam pokok perkara bahwa tergugat 1 dianggap tidak secara benar dan kurang hati-hati melakukan

operasi pengangkatan rahim penggugat tanpa terlebih dahulu melakukan observasi dan penelitian secara mendalam terhadap kondisi fisik penggugat. Tergugat 2 sebagai rumah sakit yang telah menyediakan fasilitas operasi tanpa melakukan pengawasan atau memberikan informasi yang benar terhadap tergugat 1 dan penggugat. Hakim menggunakan dasar pasal 1365, 1366, dan 1367 BW serta Pasal 46 UU Rumah Sakit bahwa rumah sakit harus bertangung jawab secara hukum terhadap semua kerugian yang ditimbulkan atas kelalaian yang ditimbulkan oleh tenaga kesehatan di rumah sakit, sedangkan bagi tergugat 1 juga menggunakan Pasal 29 UU Praktik kedokteran tentang kewajiban untuk menjalankan praktik kedokteran sesuai stanadar untuk menjaga standar mutu dalam memutuskan kasus tersebut sehingga tergugat 1 dan tergugat 2 dinyatakan telah melakukan perbuatan melawan hukum serta harus mengganti rugi imateriil sebesar Rp 200.000.000,00 dan biaya perkara.

Dasar pertimbangan hakim bahwa operasi pengangkatan rahim tanpa melakukan kuretase lebih dahulu menyebabkan penggugat mengalami gangguan pada kantung kencing dan menyebabkan hal yang tidak diharapkan sebenarnya bukan merupakan pertimbangan yang tepat dan memerlukan keterangan ahli dalam bidang medis terutama bidang kandungan untuk menjelaskan hal tersebut.

Analisis :

Menurut Pasal 1365 BW unsur-unsur dalam perbuatan melawan hukum salah satunya adalah adanya hubungan kausal antara perbuatan dan kerugian.[552]

[552]Leonora Bakarbessy, *Op.Cit*., h.238.

Jadi meskipun timbul kerugian pada penggugat yang diduga karena kelalaian tergugat, tetapi tidak dilakukannya kuretase bukan merupakan sebab langsung terjadinya kerusakan kantung kencing. Di sinilah perlunya keterangan ahli dalam bidang medis, namun ahli yang dihadirkan oleh penggugat adalah ahli hukum di bidang pidana internasional, kriminologi, viktimologi, dan perbandingan hukum pidana sehingga kurang sesuai untuk memberikan keterangan ahli dalam kasus perdata dan sengketa medis. Hal ini tampak dari keterangan ahli yang kurang sesuai yaitu MKDI adalah Lembaga yang menilai terhadap suatu proses yang dilakukan oleh dokter apakah dokter telah melanggar kode etik atau tidak dan apabila ditemukan indikasi pelanggaran etika maka dokter dapat dituntut secara pidana (sanksi penjara), perdata (ganti kerugian), administrasi (pencabutan ijin praktik). Sesuai Pasal 55 UU Praktik kedokteran disebutkan untuk menegakkan disiplin dokter dan dokter gigi dalam penyelengaaraan praktik kedokteran dibentuk MKDI, dipertegas pada pasal 67 yang menyebutkan MKDI memeriksa dan memberikan keputusan terhadap pengaduan yang berkaitan dengan disiplin dokter dan dokter gigi. MKDKI bukan Lembaga yang membuat keputusan terhadap pelanggaran kode etik dokter. Tidak ada peraturan perundang-undangan yang menyebutkan bahwa apabila sidang MKDKI menegaskan bahwa dokter melakukan kesalahan atau pelanggaran maka hasil sidang MKDKI dapat diteruskan ke ranah pengadilan. Keterangan ahli yang tidak sesuai akan membuat timbul kemungkinan bias dalam pertimbangan hakim.

Di dalam konteks hukum perdata adanya ahli tidak tercantum dalam BW buku keempat, namun Pasal 154 ayat 1 RIB menyatakan “jika menurut pendapat

ketua pengadilan negeri perkara itu dapat dijelaskan oleh pemeriksaan atau penetapan ahli-ahli, maka karena jabatannya atau atas permintaan pihak-pihak ia dapat mengangkat ahli-ahli tersebut". Keterangan yang diberikan oleh ahli memberikan penerangan pada hakim tetapi hakim sama sekali tidak wajib turut pendapat ahli apabila bertentangan dengan keyakinannya. Apabila hakim setuju maka pendapat ahli diambil hakim dan dianggap sebagai pendapatnya sendiri.[553] Ahli tidak boleh memberikan penilaian terhadap kasus yang sedang disidangkan namun hanyalah pendapat bersifat umum atas dasar pengetahuan atau pengalamannya, karena pendapat ahli bersifat netral dan tidak memihak, dan hakim yang bertugas memberikan penilaian.[554] Pengajuan ahli dapat dimintakan oleh hakim atau oleh salah satu pihak. Menurut Syaiful Bakhri, keterangan ahli didasarkan pada keahliannya pada bidang perkara yang disengketakan, bukan atas dasar pengalaman, penglihatan atau pendengarannya. Nilai kekuatan pembuktian pendapat ahli secara formalberada di aluar alat bukti, karena itu menurut hukum pembuktian tidak mempunyai nilai kekuatan pembuktian.[555]

Pada kasus ini seharusnya dokter menjelaskan secara transparan tentang kondisi pasien baik terhadap penyakitnya, maupun tindakan operasi yang akan dilakukan serta kemungkinan yang dapat terjadi setelah dilakukan tindakan. Alasan bahwa pasien memilih untuk dilakukan pengangkatan kandungan dibandingkan tindakan kuretase yang ditawarkan dokter tidak dapat menjadi alasan untuk membenarkan tindakan dokter untuk langsung melakukan tindakan

[553]Eddy O.S. Hiariej, *Op.Cit*., h.63.
[554]*Ibid.*, h.67.
[555]Syaiful Bakhri, *Dinamika Hukum Pembuktian Dalam Capaian Keadilan*, Rajawali Pers, Depok, 2018, h.132.

pengangkatan kandungan. Di sini tampak adanya komunikasi yang tidak berjalan dengan efektif dan baik. Seandainya dokter menjelaskan dengan jelas belum tentu pasien akan menolak dilakukannya tindakan kuretase. Demikian juga dokter harus memberikan kesempatan kepada pasien dan keluarganya untuk mencari *second opinion* kepada dokter lain karena pada kasus ini bukan merupakan suatu kondisi kegawatdaruratan.

3.4.2 Analisis Putusan Nomor 96/PDT/2017/PT.BDG

Kasus Posisi :

Seorang wanita pernama Sri Lestari berusia 39 tahun (selanjutnya disebut penggugat) pada tanggal 17 Mei 2014 pukul 08.00 mengalami kecelakaan lalu lintas dan dibawa ke UGD Rumah Sakit Karya Husada Cikampek. Berdasarkan pemeriksan yang dilakukan oleh dokter jaga di rumah sakit tersebut kondisi pasien mengalami patah tulang di beberapa bagian tubuh sehingga dikonsulkan ke dokter spesialis ortopedi (bedah tulang) yang selanjutnya berdasarkan pemeriksaan kondisi pasien dengan diagnosis patah tulang diputuskan untuk dilakukan operasi pada tanggal 19 Mei 2014. Menurut keterangan dokter ortopedi, keluarga pasien sempat melakukan penolakan tindakan operasi pada saat pertama kali datang dan pasien dibawa ke ruang perawatan intensif *(Intensice Care Unit/ICU)* karena kondisi pasien yang kurang baik. Pada saat itu juga diketahui bahwa pasien sedang hamil tetapi keluarga pasien menolak dilakukan tindakan kuretase oleh dokter ahli kandungan.

Ternyata dalam perjalanannya kondisi pasien mengalami pemburukan bahkan harus diamputasi saat dirujuk ke rumah sakit dengan fasilitas yang lebih lengkap di Jakarta pada tanggal 26 Mei 2014. Karena kondisi yang dialami oleh pasien maka keluarga pasien mengajukan gugatan kepada rumah sakit tempat pasien dirawat (tergugat 1), dokter spesialis ortopedi yang merawat pasien (tergugat 2), dan pemerintah daerah kabupaten karawang cq.Badan Pengawas Rumah sakit Indonesia cq.Dinas Kesehatan Kabupaten Karawang (tergugat 3). Penggugat beranggapan dokter dan rumah sakit telah melakukan perawatan yang tidak sesuai standar dan prosedur yang berlaku serta pihak rumah sakit tidak mau menyerahkan rekam medis yang diminta pasien. Gugatan ini telah mendapat putusan di Pengadilan Negeri Karawang pada tanggal 6 Januari 2016 (Nomor 11/Pdt.G/2015/PN.Krw) yang amar putusannya adalah menolak gugatan penggugat untuk seluruhnya. Majelis Kehormatan Etik Kedokteran IDI Wilayah Jawa Barat juga telah mengeluarkan putusan No.001/MKEK.WIL/JAB/I/2015 pada tanggal 27 Januari 2015 yang isinya :

a. Bahwa tindakan yang dilakukan terhadap Sri Lestari telah sesuai dengan indikasinya, prosedur, dan teknik operasinya
b. Bahwa tindakan yang dilakukan dokter adalah untuk menghindari komplikasi yang lebih berat.
c. Bahwa kerusakan hebat di jaringan otot yang mengakibatkan *compartment syndrome* dibutuhkan waktu yang lama untuk penyembuhan.

Dalam hal ini dokter spesialis ortopedi dinyatakan tidak terbukti melanggar etika kedokteran dan telah melakukan praktik profesi sesuai prosedur standar yang berlaku. Pihak penggugat mengajukan banding dengan dasar :

a. Pemohon banding adalah korban yang telah dirugikan akibat perbuatan termohon banding.
b. Termohon banding telah melakukan perbuatan melawan hukum yang merugikan pemohon banding.
c. Putusan pengadilan negeri harus dibatalkan karena didasarkan pada pertimbangan yang kurang lengkap serta salah menerapkan hukum pembukian atau hukum acara pada umumnya.
d. Pemohon banding mengalami kerugian materiil dan imateriil.
e. Termohon banding 3 sebagai Lembaga bertanggung jawab penuh dalam pembinaan dan pengawasan termohon banding 1 dan 2 sehingga ahrus bertanggung jawab atas kerugian yang dialami pemohon banding.

Pertimbangan Hakim :

Putusan majelis hakim pengadilan tinggi Bandung pada akhirnya adalah menguatkan putusan pengadilan negeri Bandung dengan dasar :

a. Untuk menilai profesionalisme suatu profesi adalah standar-standar etika yang dimiliki oleh organisasi profesi yang mengacu pada undanng-undang prifesi itu sendiri, sehingga hanya komisi etika profesi yang dapat menentukannya, lain halnya dengan jika dokter melakukan pelanggaran pidana
b. Majelis tidak dapat menemukan apa yang dilakukan oleh dokter telah menyalahi standar prosedur yang ditetapkan

c. Perbuatan dokter dan rumah sakit tidak termasuk perbuatan melawan hukum karena tidak terbukti adanya pelanggaran etika dan telah dilakukan perawatan sesuai SOP

Dalam mengambil keputusan kasus ini majelis hakim telah menggunakan norma hukum yang ada. Yaitu berdasarkan bukti yang ada bahwa pasien telah melakukan penandatanganan *informed consent* sesuai dengan Pasal 3 Permenkes Persetujuan Tindakan Kedokteran bahwa semua tindakan kedokteran yang mengandung risiko tinggi harus mendapatkan persetujuan tertulis. Berdasarkan Pasal 50 UU Praktik Kedokteran memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional, hal ini menurut majelis hakim telah sesuai dengan keputusan MKEK. Pertimbangan lain adalah Pasal 45 UU RS yaitu Rumah Sakit tidak bertanggung jawab secara hukum apabila pasien dan/atau keluarganya menolak atau menghentikan pengobatan yang dapat berakibat kematian pasien setelah adanya penjelasan medis yang komprehensif serta rumah sakit tidak dapat dituntut dalam melaksanakan tugas dalam rangka menyelamatkan nyawa manusia.

Analisis :

Ditinjau dari sisi keadilan maka keputusan yang diambail majelis hakim pada tingkat pertama maupun pada tingkat banding adalah adil. Hakim telah menggunakan dasar peraturan peundang-undangan yang ada dalam pengambilan keputusan sesuai dengan asas *the rule of law*. Akibat yang terjadi pada pasien yang dianggap sebagai malpraktik oleh penggugat sebenarnya tergolong sebagai risiko medik. Risiko medik tidak ada definisi yang jelas di dalam peraturan perundang-

undangan. Hanya pada Pasal 1 Permenkes tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran disebutkan bahwa tindakan yang mengandung risiko tinggi adalah tindakan yang dalam probabilitas tertentu dapat menimbulkan kematian atau kecacatan. Risiko medik merupakan kejadian yang tidak diinginkan oleh pasien maupun dokter, asalkan dokter telah melakukan upaya maksimal sesuai dengan standar yang ditentukan. Risiko medik mengandung unsur tidak dapat dicegah dan tidak dapat diperkirakan sebelumnya.[556] Apabila terjadi hal di luar kedua unsur tersebut yakni dapat dicegah maupun dapat diperkirakan tetapi tidak dipersiapkan antisipasinya maka risiko medik ini dapat digolongkan sebagai kelalaian.

Di sinilah diperlukan alat bukti yang lain selain *informed consent* sebagai alat bukti tulisan, misalnya alat bukti saksi. Apakah saat dilakukannya proses *informed consent* dokter telah menjelaskan dengan jelas dan transparan sesuai ketentuan peraturuan perundang-undangan dan apakah pasien atau keluarganya telah benar-benar memahaminya sebelum menentukan pilihan. Pada kasus ini kondisi pasien yang memburuk dapat juga disebabkan karena faktor keikutsertaan pasien yaitu *contributory negligence*. Seperti tertulis pada pasal 16 permenkes Persetujuan Tindakan Kedokteran bahwa akibat penolakan tindakan kedokteran menjadi tanggung jawab pasien asalkan sebelumnya telah dijelaskan oleh dokter dengan jelas. Namun keberatan yang diajukan oleh penggugat sebagaimana doktrin *assumption of risk* yang diartikan oleh pihak penggugat sebagai keluarga pasien yang telah menyetujui tindakan dengan menandatangani *informed consent* maka bila terjadi risiko maka dokter tidak dapat dimintakan pertanggungjawaban

[556]Indra Yudha Koswara, *Op.Cit*., 153.

atas tindakannya sebenarnya tidak memiliki dasar hukum dan terkesan merugikan pihak pasien dalam relasi dokter pasien. Pada Pasal 6 permenkes Persetujuan Tindakan Kedokteran tidak menghilangkan tanggung gugat hukum dokter apabila terbukti adanya kelalaian yang merugikan pasien. Jadi doktrin ini tidak serta merta berlaku apabila belum jelas terbukti kelalaian dilakukan atau tidak misalnya melalui audit medis secara internal.

Apabila dipelajari dari kasus ini maka kemungkinan penjelasan yang diberikan dokter mungkin kurang jelas misalnya ada istilah kedokteran yang dipakai oleh dokter, sedangkan dari sisi pasien mungkin kurang memahami penjelasan dokter tapi tidak menanyakan kepada dokter yang memberikan penjelasan, sehingga terjadi penolakan tindakan saat pasien pertama kali akan dilakukan tindakan. Sesuai pasal 7 permenkes Persetujuan Tindakan Kedokteran unsur-unsur yang harus jelas dipahami pasien antara lain diagnosis, tujuan tindakan kedokteran, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi bila tidak dilakukan tindakan, serta prognosis penyakit pasien. Apabila satu saja unsur tidak dijelaskan, tidak dipahami, atau bahkan dipahami secara salah oleh pasien maka akan menimbulkan penolakan pasien dalam mengambil keputusan.

3.4.3 Analisis Putusan Nomor 462/Pdt/2016/PT.BDG

Kasus Posisi :

Seorang laki-laki Bernama Ibrahim Blegur (selanjutnya disebut IB) mempunyai anak berusia 1,2 tahun bernama Falya Raafani Blegur (selanjutnya disebut anak F) yang dirawat di Rumah Sakit Awal Bros Bekasi (tergugat 1) sejak

tanggal 28 Oktober 2015 hingga meninggal pada tanggal 1 November 2015 dan dirawat oleh dr. Yenny Wiarni Abbas, SpA (Tergugat 2) sebagai pasien dengan pembiayaan pribadi. Setelah diperiksa oleh tergugat 2 maka anak F dinyatakan menederita diare dengan dehidrasi yang harus dilakukan rawat inap. Selanjutnya IB memberikan uang muka sebesar Rp 1.500.000,00 sebagai uang muka perawatan di kelas 2. Anak F masuk ruang rawat inap pukul 13.00 dan setelah mendapatkan perawatan maka pada tanggal 29 Oktober 2015 kondisi anak F membaik. Pada pukul 12.00 tergugat 2 memeriksa anak F kemudian langsung pergi tanpa memberikan informasi apapun tentang perkembangan penyakit setelah pengobatan rawat inap setelah satu malam, hanya mengatakan kepada IB jika ada yang mau ditanyakan datang saja ke klinik tergugat 2.

Pada pukul 13.00 perawat mengganti botol infus dengan cairan antibiotik lalu beberapa saat kemudian ibu anak F melihat bahwa popok anaknya penuh dengan kotoran dan melihat perut anak F membesar disertai kondisi mata membengkak. Pada pukul 15.30 IB melihat kondisi anaknya membiru, dingin, nafas cepat dan tersenggal-senggal, perut buncit/kembung dan sekitar mata bengkak, langsung memencet alat pemanggil perawat sebanyak dua kali, tapi tak satupun perawat yang datang. Selanjutnya IB mendatangi ruang perawat malaporkan kondisi anaknya lalu perawat dan dokter jaga memeriksa anak F namun langsung pergi tanpa menjelaskan apapun. Hingga 30 menit perawat dan dokter jaga tidak melakukan apa-apa akhirnya IB mendatangi kantor perawat dengan marah. Pada pukul 17.00 IB mendatangi kantor perawat hingga perawat dan dokter jaga memeriksa anak F dan melihat bahwa kondisi anak F kritis

sehingga mereka memberikan oksigen dan akan memberikan obat penurun panas (Sanmol) tapi dicegah oleh IB karena suhu anak F saat diukur 35 derajat celcius. Pukul 18.00 tergugat datang memeriksa anak F dan anak F dipindah keruang perawatan intensif pada pukul 19.00.

Keeseokan harinya tanggal ibu anak F mengatakan kepada tergugat 2 bahwa kondisi anak tersebut memburuk sejak diberikan suntikan antibiotik, tetapi tergugat 2 menyebutkan bahwa hal itu bukan karena suntikan antibiotik. Pada pukul 21.30 tergugat datang kembali bersama dokter dari rumah sakit lain dan menjelaskan dalam bahasa medis kepada IB, namun IB keberatan dengan penjelasan tersebut dan mengatakan bahwa anak F membiru, timbul bercak-bercak merah di seluruh badan, perut membesar, keluar busa dari mulut setelah mendapat suntikan. Pada tanggal 1 November pukul 01.00 ada seorang dokter bedah yang melakukan operasi pada paha sebelah dalam anak F namun pihak rumah sakit tidak menjelaskan lebih dahulu kepada IB. akhirnya anak meninggal pada pukul 06.30.

Dasar gugatan yang disampaikan adalah karena tergugat 2 tidak melakukan *skintest*[557] sebelum memberikan antibiotik terhadap anak F, lambat merespon dan mengatasi permasalahan yang ditimbulkan akibat pemberian antibiotik. Oleh karena itu IB mengajukan gugatan perbuatan melanggar hukum kepada tergugat 1 karena tergugat 2 bekerja di sana selain kepada tergugat 2.

[557]Skin tes disebut juga uji kulit, menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2406/Menkes/Per/XII/2011 Tentang Pedoman Umum Penggunaan Antibiotik (Berita Negara Republik Indoensia Tahun 2011 N0.874) dilakukan untuk mengetahui risiko dan mencegah timbulnya alergi namun hanya dilakukan pada antibiotic golongan Penicilllin.

Pengadilan Negeri Bekasi telah menjatuhkan putusan tanggal 27 Juni 2016 Nomor 630/Pdt.G/2015/PN.Bks. yang amarnya sebagai berikut:

Dalam eksepsi :

menolak eksepsi tergugat 1 dan 2 untuk seluruhnya.

Dalam pokok perkara :

1. Mengabulkan gugatan Penggugat sebagian
2. Menyatakan Tergugat I dan Tergugat II telah melakukan perbuatan melawan hukum
3. Menghukum Tergugat I dan Tergugat II untuk membayar ganti-rugi materil secara tanggung renteng kepada Penggugat sebesar Rp.205.500.000,00 (dua ratus lima juta lima ratus ribu rupiah)
4. Menghukum Tergugat I dan Tergugat II membayar biaya perkara secara tanggung rentang sejumlah Rp.406.000,00 (empat ratus enam ribu rupiah)
5. Menolak gugatan Penggugat untuk lain dan selebihnya

Pada proses banding di Pengadilan Tinggi Jawa Barat, majelis hakim dengan keputusan Pengadilan Tinggi Jawa Barat Nomor: 462/PEN/PDT/2016/PT.BDG. tanggal 10 Oktober 2016 memutuskan :

Dalam Eksepsi:

Menolak eksepsi dari Para Tergugat;

Dalam Pokok Perkara:

1. Menyatakan gugatan Terbanding semula Penggugat tidak dapat diterima *(Niet Ontvankelijk Verklaard)*

2. Menghukum Terbanding semula Penggugat untuk membayar biaya perkara di tingkat banding sebesar Rp. 150.000,00 (seratus lima puluh ribu rupiah)

Pertimbangan Hakim :

Pertimbangan hakim pengadilan tinggi dalam kasus ini adalah bahwa dalam hubungan dokter dan pasien atau transaksi terapeutik adalah merupakan perjanjian upaya berdasarkan atas kewajiban berusaha yang prestasinya tidak mutlak sembuh akan tetapi upaya keras supaya pengobatan berhasil. Tentang asas kausalitas terkait pemberian antibiotik sebagai penyebab kematian anak F adalah merupakan pengetahuan medis sehingga untuk mendapat kepastian hukum yang berkeadilan perlu diperkuat dengan keterangan oleh saksi ahli dari Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI). Tergugat 2 harus diperiksa lebih dahulu oleh MKDKI sehingga putusan yang akan diambil oleh majelis hakim akan bersifat objektif terhadap para pihak, oleh karena itu gugatan terbanding semula penggugat menurut majelis Hakim Tingkat Banding terlalu cepat diajukan ke Pengadilan Negeri atau dengan kata lain masih bersifat Prematur, yang pada akhirnya jelas putusan Pengadilan Negeri Bekasi tanggal 27 Juni 2016 dengan Nomor 630/Pdt./G/2015/PN.Bks. tidak bisa dipertahankan lagi dan harus dibatalkan.

Analisis :

Keputusan yang diambil oleh Pengadilan Tinggi Jawa Barat menurut analisis penulis kurang mencerminkan keadilan dan terdapat kesalahan dalam menerapkan hukum. Pasal 66 angka (3) UU Praktik Kedokteran menyebutkan bahwa Pengaduan kepada MKDKI tidak menghilangkan hak setiap orang untuk

melaporkan adanya dugaan tindak pidana kepada pihak yang berwenang dan/atau menggugat kerugian perdata ke pengadilan. Pada kasus ini gugatan yang dilakukan secara perdata kepada tertugat tidak dapat disebut prematur dengan alasan belum adanya keputusan MKDKI tentang kesalahan tergugat 2, sehingga seharusnya gugatan tidak dapat dinyatakan tidak dapat diterima.

Ilmu kedokteran adalah ilmu yang tidak pasti dalam arti perikatan yang terjadi antara dokter dan pasien didasarkan pada perikatan upaya yang terbaik yang harus dilakukan oleh dokter kepada pasien. Apabila diamati pada kasus ini masih terdapat standar profesi yang harus dikaji lebih dalam apakah sudah terlaksana dengan benar. Dalam hal ini seharusnya dilakukan audit medis oleh komite medis di rumah sakit sesuai yang diamanatkan oleh Permenkes Komite Medis. Menurut Pasal 1 angka (11) Permenkes Komite Medis audit medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis, yang prosesnya dilakukan oleh sub komite mutu profesi komite medik. Audit medis bertujuan untuk implementasi fungsi manajemen klinis dalam rangka penerapan tata kelola klinis yang baik di rumah sakit *(good clinical governance)*.

Pada kasus kematian ini sejak awal tampak adanya ketidakpuasan keluarga pasien karena ketidakjelasan informasi yang diterimanya, meliputi :

a. Pada dokter spesialis anak tidak menjelaskan tentang penyakit pasien pada awal pemeriksaan.

b. Pada saat dokter spesialis anak memeriksa pada hari kedua juga tidak memberikan penjelasan kepada orang tua pasien meski kondisinya membaik.
c. Pada saat ada dokter lain yang bukan berasal dari rumah sakit tersebut ikut dalam perawatan pasien, seharusnya keluarga pasien harus diberitahu tentang hal tersebut dan harus ada persetujuan dari keluarga pasien.
d. Pada saat dilakukan tindakan operasi pada paha bagian dalam pasien (pemasangan akses infus)[558] oleh dokter spesialis bedah.

Dokter dan tenaga medis lain yang ikut merawat pasien tentunya harus senantiasa memberikan penjelasan secara transparan kepada pasien atau keluarganya, tidak hanya tentang kondisi pasien tetapi juga terkait perjalanan atau perkembangan penyakit pasien. Apabila ada dokter lain di luar dokter penanggung jawab perawatan yang ikut memberikan perawatan kepada pasien apalagi melakukan tindakan yang tergolong invasif harus mendapatkan persetujuan lebih dahulu dari keluarga pasien bahkan dalam kondisi darurat apabila ada keluarga pasien maka harus dijelaskan kelebihan dan kekurangan atau risiko apabila tindakan dilakukan atau tidak dilakukan.

558 S P Wardlea et.al., 'Percutaneous Femoral Arterial And Venous Catheterisation During Neonatal Intensive Care', *Arch Dis Child Fetal Neonatal* Ed 2001;85:F119–F122, https://fn.bmj.com/content/fetalneonatal/85/2/F119.full.pdf diakses pada 16 mei 2022 (Seldinger Technique : The femoral vessels were initially catheterised from just below the inguinal ligament advancing either a 20G introducer needle or a standard 22G intravenous cannula through the skin at an angle of 30–45° in the direction of the umbilicus. The initial point of entry was either just above the femoral arterial pulse (for FACs) or just medial to it (for FVCs). Correct placement of the introducer needle or catheter was confirmed by the aspiration or free flow of blood. A guide wire was then introduced into the vessel and the needle or catheter removed with care to avoid dislodging the wire. The catheter was threaded over the wire and the guidewire removed. Aspiration of blood through the catheter confirmed successful insertion).

3.4.4 Analisis Putusan No. 300 K/Pdt/2010

Kasus Posisi :

Seorang wanita Bernama Prita Mulyasari (selanjutnya disebut PM) datang ke UGD Rumah Sakit Omni Internasional Hospital Alam Sutera Jakarta pada tanggal 7 Agustus 2008 dengan keluhah panas selama 3 (tiga) hari, sakit kepala berat, mual dan muntah, lemas, sakit tenggorokan, serta tidak mempunyai nafsu makan dan diperiksa oleh dokter jaga UGD serta dilakukan pemeriksaan trombosit dengan hasil 27.000/ui (mikroliter). Karena hasil ini dianggap tidak valid oleh petugas laboratorium maka dokter jaga menjelaskan kepada PM yang juga disetujui oleh PM untuk diambil darah ulang dan dilakukan pemeriksaan kembali. Selanjutnya karena kondisi PM maka ia disarankan untuk rawat inap. Dokter jaga UGD melaporkan perihal pasien PM pada dokter spesialis penyakit dalam yaitu dr.Hengky Gosal,SpPD (selanjutnya disebut dr HG) dan dr HG melakukan pemeriksaan dan keesokan harinya diinfokan bahwa hasil trombosit PM adalah 181.000/ui. Setelah 5 hari dirawat PM kondisinya membaik dan minta ijin pulang. Dr HG berpesan agar melakukan terapi lebih lanjut atas virus gondongan yang baru ditemukan pada pameriksaan. Kemudian PM marah-marah atas pelayanan medis yang dilakukan oleh dr HG dan oleh dr Grace Hilza (selanjutnya disebut dr GH) bagian penanganan komplain disarankan untuk mengisi kotak saran. Namun tidak hanya mengisi kotak saran tetapi PM dengan menggunakan alamat email (pritamulyasari@yahoocom) juga membuat surat etektronik terbuka pada situs: customercare@banksinarmas.com dengan judul "Penipuan OMNI International Hospital Alam Sutera Tangerang". Surat elektronik terbuka tersebut kemudian

telah disebarluaskan ke berbagai alamat email. Isi email tersebut antara lain memuat kata-kata "Manajemen Omni pembohong besar semua", "Saya informasikan juga dr. Henky praktek di RSCM juga, saya tidak mengatakan RSCM buruk tapi lebih hati-hati dengan perawatan medis dari dokter ini". Akibat email yang tersebar luas tersebut rumah sakit dan dokter merasa mengalami kerugian baik imateriil maupun materiil terutama terkait dengan pencemaran nama baik. Pada tingkat pertama Pengadilan negeri Tangerang telah memutuskan dengan nomor putusan 300/PDT.G/2008/PN.TNG tertanggal 11 Mel 2009 menyatakan bahwa PM telah melakukan perbuatan melawan hukum sehingga PM diwajibkan membayar sejumlah ganti rugi serta membuat permohonan maaf di media sesuai keputusan hakim. Keputusan pada tingkat pertama ini dikuatkan oleh putusan banding Pengadilan Tinggi Banten dengan putusan No. 71/PDT/2009/PT.BTN tertanggal 08 September 2009. Mahkamah agung pada akhirnya mengabulkan permohonan kasasi yang dilakukan PM dengan membatalkan putusan pengadilan tinggi banten tersebut.

Pertimbangan hakim :

a. Bahwa pengungkapan suatu perasaan tentang apa yang dialami tidak tergolong perbuatan melawan hukum, karena ungkapan tersebut hanya berupa keluhan.
b. Berita dalam email yang dikirimkan oleh PM kepada teman-temannya hanya sebagai keluhan tanpa ada maksud penghinaan.
c. PM merasa setelah ditangani di RS tersebut tidak mengalami perbaikan tetapi mengalami perburukan kondisi.

d. Hal yang dilakukan PM dianggap masih dalam batas wajar sesuai sejalan dengan Pasal 28 F UUD 1945, yang menjamin bahwa setiap orang berhak untuk berkomunikasi dan mernperoleh informsi untuk mengembangkan pribadi dan lingkungan sosialnya, serta berhak untuk mencari, memperoleh, memiliki, menyimpan, mengolah dan menyampaikan informasi dengan menggunakan segala jenis saluran yang tersedia.
e. Keputusan MKDKI No. 130/KEP/MKIDKI/ V/2010 menyatakan tidak ditemukan pelanggaran disiplin kedokteran dalam melakukan penatalaksanaan medis terhadap PM.

Analisis :

Pasal 27 ayat (3) Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2016 Tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2008 Tentang Informasi Dan Transaksi Elektronik menyebutkan hal yang dilarang diantaranya setiap orang dengan sengaja dan tanpa hak mendistribusikan dan/atau mentransmisikan dan/atau membuat dapat diaksesnya Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik yang memiliki muatan penghinaan dan/atau pencemaran nama baik dengan sanksi pidana pada Pasal 45 berupa pidana penjara paling lama 6 (enam) tahun dan/atau denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah). Pasal 27 yang lebih diperjelas dengan penjelasan pada perubahan UU ITE menjelaskan hal berikut :

- “mendistribusikan” adalah mengirimkan dan/atau menyebarkan Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik kepada banyak Orang atau berbagai pihak melalui Sistem Elektronik.
- “mentransmisikan” adalah mengirimkan Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik yang ditujukan kepada satu pihak lain melalui Sistem Elektronik.

- "membuat dapat diakses" adalah semua perbuatan lain selain mendistribusikan dan mentransmisikan melalui Sistem Elektronik yang menyebabkan Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik dapat diketahui pihak lain atau publik.

Khusus penjelasan pada Pasal 27 ayat (3) adalah ketentuan pada ayat ini mengacu pada ketentuan pencemaran nama baik dan/atau fitnah yang diatur dalam Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP).

Pada pasal 1376 BW disebutkan bahwa tuntutan perdata tentang penghinaan, tak dapat dikabulkan jika ternyata tidak ada maksud untuk menghina. Maksud untuk menghina tidak dianggap ada jika si pembuat nyata-nyata telah berbuat untuk kepentingan umum atau untuk pembelaan darurat terhadap dirinya. Pasal ini dapat dipakai sebagai pertimbangan hakim dalam menentukan bahwa yang dilakukan oleh pasien apabila menyampaikan keluhan di media sosial bukan dimaksudkan untuk melakukan penghinaan sehingga tidak tergolong perbuatan melanggar hukum.

Pernyataan pada peraturan perundang-undangan terkait hak pasien yang saat ini ada misalnya pada PP Penyelenggaraan Perumahsakitan bahwa pasien dapat menyampaikan keluhan apabila tidak puas dengan pelayanan rumah sakit ke media juga semakin memperkuat hak pasien dalam hal ini. Namun perlu dipertimbangkan oleh hakim, bahwa di dunia kedokteran di mana nama baik dan stigma masih mudah sekali melekat di masyarakat maka perlu ada regulasi yang lebih jelas dan lebih khusus tentang hal ini tidak hanya sekedar berdasarkan pada UU ITE dan pasal 1376 BW. Hakim juga harus mempertimbangkan bahwa perbuatan melanggar hukum bermakna luas berdasarkan Arrest 31 Januari 1919

antara Lidenbaum v Cohen.[559] Sejak adanya Arrest ini tidak ada lagi perdebatan tentang pemaknaan perbuatan melanggar hukum secara sempit atau luas. Salah satu unsurnya perbuatan melanggar hukum adalah bertentangan dengan kepatutan yang terdapat dalam masyarakat terhadap diri atau barang orang lain, atau perbuatan yang mengurangi hak orang lain atau melanggar kewajiban hukum orang yang berbuat, bertentangan dengan kesusilaan atau bertentangan dengan sikap hati-hati, yang pantas di dalam lalu lintas masyarakat terhadap orang lain atau barangnya.[560] Maka email pasien PM ke beberapa temannya dengan menyebut nama dokter dan rumah sakit tergolong tidak sesuai kepatutan karena belum terbukti kebenarannya, maka seharusnya jika PM tidak merasa menyebarkan email tersebut maka orang lain yang menerima email dan menyebarkannya seharusnya juga dapat digugat. Keputusan hakim ini terkesan adanya faktor lain yaitu adanya "desakan masyarakat" dengan aksi pengumpulan koin untuk Prita sebagai bentuk protes masyarakat yang menganggap kebebasan berpendapat dibatasi.[561]

Apabila dikaitkan dengan prinsip transparansi, kejelasan informasi yang diberikan oleh dokter atau rumah sakit kembali memegang peranan penting dalam kasus ini. Apakah saat dilakukan pemeriksaan penunjang laboratorium pasien sudah memahami dengan jelas tujuannya dan mengapa harus ada pengulangan

[559]Lidenbaum v.s Cohen, HR 31 januari 1919, NJ 1919.

[560]Rachmat Setiawan, *Tinjauan Elementer Perbuatan Melanggar Hukum*, Binacipta, 1991, Bandung, h.12. (periksa juga Syukron Salam, 'Perkembangan Doktrin Perbuatan Melawan Hukum Penguasa', *Nurani Hukum.* Vol. 1 No. 1 Desember 2018. ISSN. 2655-7169, h.35, https://jurnal.untirta.ac.id/index.php/nhk/article/download/4818/3462 diakses pada 20 Maret 2022).

[561]"Omni Cabut Gugatan, Koin Tetap Diberikan kepada Prita", Kompas.com - 11/12/2009, 11:26 WIB, https://nasional.kompas.com/read/2009/12/11/11262690/~Megapolitan~News pada 12 Januari 2022.

jika diperlukan sehingga tidak ada prasangka dari pasien bahwa rumah sakit berniat mencari keuntungan dengan mengulang pemeriksaan laboratorium. Demikian juga pemberian terapi pada pasien seringan apapun tetap harus dipertimbangkan dan dijelaskan kemungkinan risikonya, termasuk dalam pemberian obat-obatan. Dokter harus jelas mengetahui kemungkinan risiko pengobatan berdasarkan ilmu pengetahuan yang dimilikinya dan berdasarkan *evidence based medicine*. Pasal 45 ayat (5) PP Penyelenggaraan Perumahsakitan menyebutkan untuk memenuhi hak Pasien dalam menyampaikan keluhan atau pengaduan sebagaimana dimaksud setiap Rumah Sakit wajib menyediakan unit pelayanan pengaduan. Adanya pasal ini diharapkan adanya unit pengaduan akan mengurangi kemungkinan terjadinya pasien yang mengeluhkan di media elektronik atau cetak apabila ada ketidakpuasan penanganan oleh dokter atau rumah sakit.

3.4.5 Analisis Putusan Nomor 1815 K/Pdt/2021

Kasus Posisi :

Seorang pasien laki-laki bernama Tatok Poerwanto (selanjutnya disebut TP atau penggugat) sebagai penggugat, melawan dr.M.Moestidjab (selanjutnya disebut tergugat 1) melawan Klinik Mata Surabaya (selanjutnya disebut tergugat 2) dan Rumah Sakit Umum Daerah Dr.Soetomo Surabaya (selanjutnya disebut turut tergugat). Penggugat yaitu TP pada tanggal 28 April 2016 menjalani operasi mata kiri dengan diagnosis katarak di Klinik Mata Surabaya yang dilakukan oleh tergugat 1 yang juga sebagai direktur utama klinik tersebut. Setelah operasi

dikatakan oleh tergugat 1 bahwa kondisi kornea, retina, saraf, dan tekanan bola mata kiri TP sangat baik dan selanjutnya akan dilakukan operasi kedua di RSUD Dr.Soetomo karena operasi gagal dikarenakan alat di tergugat 2 tidak memadai dan selanjutnya operasi akan berlangsung tidak lebih dari 30 menit serta semua akan normal kembali.

Pada tanggal 9 Mei 2016 penggugat menjalani operasi oleh tergugat 1 di tempat turut tergugat dan penggugat keluar dari kamar operasi untuk dipindah ke kamar lebih dari perkiraan waktu sebelumnya yag dijanjikan 30 menit. Setelah penggugat sadar mata kirinya terasa sakit sekali dan dibalut perban. Pada malam hari pukul 22.00 adanya seseorang mewakili tergugat 1 (bernama Bapak Giono) yang menjelaskan kepada keluarga penggugat dan dijelaskan operasi tadi tidak jadi dilanjutkan karena ada perdarahan yang mungkin diakibatkan dari diabetes akut yang diderita penggugat dan karena alat untuk menanganinya kurang memadai maka dikembalikan asalnya seperti sebelum operasi. Hingga tanggal 11 mei 2016 mata kiri penggugat terus mengalami pendarahan. Kondisi yang tidak membaik membuat penggugat berobat ke Singapore National Eye Centre (SNEC) pada tanggal 16 mei 2016.

Tergugat 1 menyarankan penggugat untuk berobat ke dokter spesiali mata di Kuala Lumpur Malaysia pada tanggal 12 Juni 2016, dengan surat rujukan bahwa penggugat datang ke tempat tergugat dengan kondisi robek kapsul belakang selama operasi pengangkatan katarak modern seminggu yang lalu, kemudia penggugat menuliskan bahwa telah dilakukan operasi lanjutan tetapi terjadi perdarahan. Penggugat merasa keterangan yang diberikan oleh tergugat

tidak sesuai bahwa ia dikatakan mengalami robekan sebelum dilakukan operasi, maka penggugat tidak mengukuti rujukan ke Malaysia tetapi melanjutkan perawatan ke SNEC. Laporan medis yang dibut oleh dokter di SNEC menyebutkan bahwa selain kondisi penggugat juga disebutkan adanya diabetes melitus dan tekanan darah tinggi, disebutkan bahwa akan dilakukan operasi lain untuk menyelamatkan pelepasan retina dan mengangkat sisa lensa serta oenggabungan retina namun prognosis penglihatannya masih buram.

Keadaan yang dialami penggugat ini dianggap olehnya sebagai sikap ketidakhati-hatian tergugat, tidak mempertimbangkan dengan akurat perencanaan yang dilakukan apabila operasi berlangsung tidak sesuai yang diharapkan, serta harus memberitahukan kepada keluarga sehingga penggugat dapat memutuskan apakah akan meneruskan pengobatan dengan tergugat 1 atau akan berpindah dokter dan rumah sakit. Pada tanggal 8 Juni 2016 dokter di SNEC menjelaskan dengan sejujurnya bahwa operasi untuk memperbaiki retina cukup bermasalah terkait prognosa struktur dan kemampuan melihatnya, namun keluarga tetap ingin melanjutkan operasi. Dokter tersebut menjelaskan pula pada laporan medis tanggal 19 Desember 2019 tentang kemungkinan keberhasilan yang belum pasti dan ada kondisi yang harus dipenuhi yaitu retina harus masih utuh dan berfungsi, pecahan lensa yang tertahan dapat dikeluarkan dengan, bengkak pada kornea dapat diselesaikan. Penggugat harus melaksanakan perintah dokter yang sangat membuat tidak nyaman penggugat yang berusia 78 tahun.

Dokter di SNEC meminta penggugat untuk melakukan klarifikasi pada tergugat 1 dan meminta isi rekam medis saat dirawat di tempat tergugat 2 namun

tergugat 1 mengatakan kemungkinan rekam medis sudah terhapus dan harus dipelajari lagi. Pada tanggal 14 Januari 2017 penggugat mendapat surat dari tergugat yang pada intinya permohonan maaf akan ketidaknyamanan yang dialami penggugat. Berdasarkan keterangan tergugat surat ini dibuat atas paksaan kuasa penggugat agar permasalahan dapat diselesaikan secara kekeluargaan dan tergugat 1 bersedia memberikan tali asih dengan adanya bukti transfer. Pada tanggal 17 Januari 2017 penggugat mendapat isi rekam medis dari turut tergugat yang ditandatangani oleh tergugat 1, yang menurut penggugat hanya mendapat rekam medis secara singkat.

Penggugat mempermasalahkan artikel tentang klinik tergugat 2 yang menyebutkan bahwa dapat melakukan operasi katarak dengan teknologi tinggi dengan tingkat keberhasilan 95% memberikan perbaikan penglihatan apabila tidak terdapat gangguan pada kornea, retina, sara , mata, atau masalah mata lainnya. Penggugat merasa dirugikan karena kehilangan pekerjaan sehingga kehilangan pendapatan rutin dan karena kondisinya ada pengeluaran tambahan untuk memakai sopir pribadi. Penggugat sudah melaporkan kepada IDI dan meminta pandangan persatuan dokter spesialis mata Indonesia (PERDAMI), namun hingga saat ini MKEK tidak pernah menghukum tergugat karena pelanggaran etik.

Selama perjalanan kasus ini, tergugat 1 pernah melakukan gugatan kepada penggugat ke Pengadilan Negeri Surabaya (Nomor 76/Pdt.G/2017/PN.Sby) dengan gugatan Menyatakan Surat Permohonan maaf tertanggal 14 Januari 2017 yang di tanda tangani oleh Dr. Moestidjab cacat hukum karena ada paksaan dan

tidak mempunyai kekuatan hukum namun gugatan ini tidak dikabulkan oleh PN Surabaya karena tidak memenuhi syarat formal, salah satunya adalah adanya pihak keluarga yang disebutkan memaksa meminta permohonan maaf tersebut tidak dimasukkan sebagai salah satu pihak dalam gugatan. Putusan banding dari dr.Moestijab juga ditolak dan menguatkan putusan pengadilan tingkat pertama (Nomor 616/PDT/2017/PT Sby) demikian juga dengan putusan tingkat kasasi bernomor 338 K/Pdt/2020 yang menolak permohonan kasasi dr.Moestidjab.

Pertimbangan hakim :

Hakim pengadilan tingkat pertama mengeluarkan putusan bernomor 415/Pdt G/2019/PN Sby yang amarnya berbunyi :

Dalam eksepsi :

Menolak eksepsi tergugat 1 dan 2 seluruhnya

Dalam pokok perkara :

2. Menolak Gugatan Penggugat untuk seluruhnya
3. Menghukum Penggugat untuk membayar biaya perkara ini sebesar Rp 1.591.000,00

Permohonan banding penggugat juga tidak dikabulkan oleh Pengadilan Tinggi dengan nomor putusan 277/PDT/2020/PT.SBY tertanggal 10 Maret 2020, yang apa intinya menguatkan putusan PN Surabaya.

Pertimbangan hakim pada PN Surabaya adalah berdasarkan dua hal utama yaitu :

1. Apakah operasi mata kiri Penggugat yang ditangani oleh Tergugat I di Klinik Mata Surabaya (Tergugat II) dan Graha Amerta (Turut Tergugat) telah sesuai

ketentuan hukum atau telah sesuai dengan standart operasi prosedur dan sesuai dengan etik yang ada atau tidak.

2. Tentang eksistensi adanya Perbuatan Melawan Hukum.

Majelis hakim memutuskan tidak mengabulkan guagatan penggugat dengan dasar pertimbangan sebagai berikut :

1. Penggugat tidak keberatan dilakukan pembedahan setelah mendapat keterangan secukupnya tentang manfaat dan juga akibat yang mungkin akan terjadi karena tindakan operasi.
2. Penggugat juga ternyata sudah pernah menjalani operasi katarak mata kanan dengan metode yang sama pada tanggal 4 Agustus 2007 dengan hasil baik tanpa komplikasi di Klinik Mata Surabaya (tergugat 2).
3. Keterangan ahli dari PERDAMI yang menyatakan tindakan tergugat telah sesuai dengan standar dan prosedur yang seharusnya.
4. Permohonan maaf tergugat atas kejadian yang tidak diharapkan yang menimpa penggugat menunjukkan bahwa tergugat telah melakukan upaya maksimal sesuai prosedur yang berlaku terbukti dengan berlanjut dengan operasi pembiusan umum di RSUD. Dr. Soetomo untuk mengatasi kondisi penggugat.
5. Bukti-bukti yang telah diajukan oleh penggugat dan keterangan saksi serta pendapat ahli yang dikemukakan di persidangan Majelis tidak memperoleh bukti yang yang dapat mendukung dalil-dalil gugatan pokok penggugat, sedangkan bukti-bukti surat dan keterangan ahli yang diajukan oleh tergugat diperoleh fakta bahwa tergugat I dalam melakukan tindakan operasi mata kiri

penggugat yang menderita Katarak telah sesuai dengan prosedur yang berlaku, baik sebelum dilakukan tindakan operasi maupun setelah dilakukan tindakan.

6. Penggugat tidak dapat membuktikan unsur-unsur Perbuatan Melawan Hukum yang dilakukan Tergugat I, sedangkan Tergugat I dalam melakukan tindakan medis berupa operasi katarak mata kiri Penggugat telah sesuai dengan prosedur yang berlaku.

Gugatan Kasasi yang diajukan oleh pemohon kasasi (penggugat atau TP) dikabulkan oleh mahkamah agung pada tanggal 29 September 2021 bernomor 1815 K/Pdt/2021 dengan membatalkan putusan PN Surabaya dan Pengadilan Tinggi. Amar putusan kasasi sebagai berikut :

1. Mengabulkan gugatan Penggugat untuk sebagian.
2. Menyatakan Tergugat I dan Tergugat II telah melakukan perbuatan melawan hukum.
3. Menghukum Tergugat I dan Tergugat II untuk membayar secara tanggung renteng ganti rugi materiil sebesar Rp260.689.917,00.
4. Menghukum Tergugat I dan Tergugat II untuk membayar secara tanggung renteng ganti rugi immateriil sebesar Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah)
5. Menghukum Turut Tergugat untuk tunduk dan taat pada isi putusan ini
6. Menolak gugatan Penggugat untuk selain dan selebihnya.

7. Menghukum Para Termohon kasasi untuk membayar biaya perkara dalam semua tingkat peradilan, yang dalam tingkat kasasi sebesar Rp500.000,00.

Pertimbangan majelis hakim dalam putusan kasasi ini adalah :

1. *Judex facti* yaitu pengadilan tinggi telah salah menerapkan hukum pembuktian perdata, doktrin perbuatan melawan hukum berdasarkan Pasal 1365, Pasal 1367 BW, dan UU Praktik Kedokteran.
2. Pertimbangan *judex facti* hanya berdasarkan keterangan ahli adalah tidak tepat karena karena pandangan PERDAMI mendasarkan pada aspek prosedural atau disiplin dari tindakan medis di bidangnya dan pendapat Perdami atas dasar permintaan IDI hanya terkait norma disiplin dalam dunia profesi, sedangkan hukum memiliki cakupan yang lebih luas dari pada norma disiplin atau etika profesi dan prosedur tindakan medis, meliputi tidak saja hak-hak dan kewajiban-kewajiban hukum yang bersumber dari hukum tertulis berupa peraturan perundang-undangan tetapi juga bersumber dari hukum tidak tertulis antara lain kepatutan-kepatutan dalam masyarakat yaitu seseorang apapun profesinya dilarang menimbulkan kerugian kepada orang lain karena kesalahannya baik berupa kesengajaan maupun kelalaian.
3. Ditemukan adanya ketidakhati-hatian yang merupakan bentuk perbuatan melanggar hukum oleh tergugat sehingga menimbulkan kerugian pada penggugat. Sebelum operasi meski mata penggugat kabur tapi tidak ada perdarahaan. Pendarahan itu juga terjadi segera setelah operasi pertama tanggal 28 April 2016. Penggugat sebagai pasien masih berada di Rumah

Sakit/Tergugat II dibawah wewenang atau pengawasan Tergugat I sehingga tidak ada alasan bahwa perilaku Penggugat sebagai pasien ikut menyebabkan terjadinya pendarahan.

4. Fakta bahwa Tergugat I adalah juga Direktur Utama pada Tergugat II telah menimbulkan persangkaan hukum bahwa perbuatan Tergugat I untuk tetap melakukan operasi di tempat tergugat 2 meski sarana tidak lengkap lebih didasarkan pada motif ekonomi atau mencari untung.
5. Ada hubungan kausalitas yaitu antara fakta terjadi pendarahan dan timbulnya rasa sakit nyeri yang diderita Penggugat dengan keputusan dan tindakan operasi.
6. Pernyaataan "setelah mendapat keterangan secukupnya tentang faedah dan akibat yang mungkin akan terjadi", *Judex Juris* berpendapat praktik pemberian Persetujuan Tindakan Medis seperti itu tidak memadai dari segi hukum dan tidak memenuhi kaidah peraturan perundang-undangan tentang pernjelasan secara lengkap.
7. Pemberian informasi secara lengkap adalah dalam rangka pemenuhan hak pasien dan untuk kepentingan hukum apabila terjadi sengketa hukum.
8. Bukti persetujuan yang dilakukan pasien hanya berarti seperti formulir baku atau standar yang berlaku umum padahal tiap pasien harus memperoleh penjelasan sesuai kondisi individual pasien. Penjelasan rinci dan jelas dalam Persetujuan Tindakan Medis adalah penting karena selain untuk memenuhi hak pasien dan juga berguna sebagai bukti tertulis yang memperkuat perlindungan hukum bagi profesi medis, termasuk rincian yang menerangkan

resiko karena berbagai faktor seperti faktor inflamasi, penyakit diabetes dan usia.

9. Meskipun menurut Pasal 39 UU Praktik Kedokteran, hubungan hukum antara dokter dan pasien atas dasar kesepakatan, posita dan petitum gugatan a quo yang mendalilkan Tergugat I dan Tergugat II telah melakukan perbuatan pelawan hukum tidak mengandung cacat formal karena hak-hak dan kewajiban dokter dan pasien juga bersumber dari norma peraturan perundang-undangan tidak hanya perjanjian.
10. Ketidak hati-hatian Tergugat I merupakan kegagalan Tergugat I melakukan kewajiban hukumnya yang bersumber dari norma-norma hukum umum yaitu tidak seorangpun dibenarkan karena salahnya mengakibatkan orang lain menderita kerugian seperti dirumuskan dalam Pasal 1365 BW,
11. Tergugat 2 juga harus memikul pertanggung jawaban hukum atas kelalaian Tergugat I karena sesuai ketentuan Pasal 1367 BW.
12. Mata adalah organ yang penting bagi manusia meski penggugat sudah tidak berusia produktif sehingga gugatan imateriil sebesar 8 milyar rupiah tidak dikabulkan hakim, namun demi keadilan dikabulkan sebesar 1 Milyar rupiah.
13. Tergugat I dan Tergugat II yang bergerak dalam pelayanan medis khususnya mata tetap diharapkan kehadiran dan peranannya bagi masyarakat.
14. Kerugian yang diderita oleh Penggugat disebabkan oleh kekurang hati-hatian Tergugat I bukan karena kesengajaan.

Analisis :

Gugatan yang disampaikan oleh pasien pada kasus ini diawali dengan ketidakpuasan yang diterima oleh pasien dan keluarganya atas tindakan dokter karena hasil yang didapatkan dari operasi tidak sesuai yang diharapkan oleh kedua belah pihak, terutama oleh pasien. Seringkali yang menjadi awal timbulnya konflik antara pasien dengan dokter atau rumah sakit adalah ketidakpuasan layanan dimana pasien atau keluarganya merasa hak-haknya tidak terpenuhi. Sejak awal dilakukan operasi pertama hingga kedua dokter tidak memberikan penjelasan tentang hasil operasi. Meskipun pada peraturan perundang-undangan yang ada penjelasan wajib diberikan sebelum dilakukan suatu tindakan invasif dan dilakukan persetujuan secara tertulis pada tindakan berisiko tinggi seperti halnya pada Pasal 3 angka (1) Permenkes Persetujuan Tindakan Kedokteran, namun menurut kebiasaan dan kepatutan maka dokter harus memberikan penjelasan tentang operasi yang telah dilakukan terutama tentang hal yang ditemukan dalam operasi, tindakan yang dilakukan dokter baik yang sesuai dengan perkiraan sebelum operasi maupun hal yang diluar perkiraan, hasil yang didapatkan pada operasi, dan kemungkinan selanjutnya. Penjelasan ini harus diberikan pula secara tertulis seperti halnya penjelasan awal sehingga pada waktu terjadi seuatu sengketa dan pasien atau keluarga pasien menyatakan bahwa tidak ada penjelasan dari dokter, dalam hal ini dokter mempunyai bukti tertulis.

Pada penjelasan yang diberikan oleh keluarga juga ada seseorang yang bukan dokter yang melakukan tindakan yang memberikan penjelasan pada saat selesai dilakukan operasi yang kedua, hal ini juga bertentangan dengan Pasal 10

angka (1) Permenkes Persetujuan Tindakan Kedokteran yang menyebutkan bahwa penjelasan harus diberikan oleh dokter pelaksana tindakan atau dokter yang berada dalam satu tim. Pasal 10 angka (2) peraturan yang sama menyebutkan jika dokter berhalangan maka dapat didelegasikan oleh dokter lain yang kompeten, sehingga dapat diartikan oleh dokter yang mempunyai kompetensi sama dengan dokter pelaksana tindakan. Tenaga kesehatan lain hanya dapat memberikan keterangan sesuai dengan kompetensinya, sehingga apabila pada kasus ini dijelaskan oleh tenaga kesehata lain selain dokter adalah bertentangan dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Terjadinya hal yang tidak diharapkan selama operasi yang dapat merupakan risiko medis akibat tindakan maupun akibat ketidakhati-hatian yang dilakukan oleh seorang dokter merupakan suatu keadaan yang menimbulkan dilema tetapi tetap harus disampaikan kepada pasien oleh dokter pelaksana tindakan. Sebagai contoh regulasi yang ada di Australia yaitu *Australia Open Disclosure Framework* yang dikeluarkan oleh *Australian Commission on Safety and Quality in Health Care* pada tahun 2013, salah satu standar yang dibuat adalah tentang komunikasi jika sesuatu terjadi tidak sesuai yang diharapkan atau pada saat terjadinya suatu insiden *(unplanned event that results in an undesitable outcome for the patient)*.[562] Keterbukaan *(open disclosure)* yang dilakukan meliputi :

a. Komunikasi dokter kepada pasien tentang kejadian tersebut.

[562]Rick Iedema, Kate Bower, dan Donella Piper, *Communicating Bad News : When Care Goes Wrong* in Communicating Quality and Safety in Health Care, Cambridge University Press, 2015, h.303.

b. Permohonan maaf *(apology).*
c. Pasien diberikan kesempatan menyampaikan pengalaman atau hal yang dirasakan.
d. Merencanakan tindakan selanjutnya untuk pasien.
e. Pelakasanaan tindakan untuk memperbaiki keadaan pasien.

Permohonan maaf yang disampaikan oleh seorang dokter apabila terjadi suatu kejadian yang tidak diharapkan masih sering menjadi perdebatan, meskipun pada kehidupan sehari-hari permohonan maaf berpotensi memperbaiki suatu hubungan dan mengurangi kemarahan.[563] Penyampaian insiden kepada pasien secara etik menyangkut unsur otonomi, *non maleficence*, dan *beneficence*. Keterbukaan dalam relasi dokter dan pasien di Amerika Serikat termasuk dalam hal keterbukaan dalam hal rekam medis sejalan dengan dikeluarkannya US *Department of Health and Human Services* pada tahun 2020 dimana pasien dapat mengakses secara penuh rekam medis elektroniknya.[564] Keraguan dokter tentang permohonan maaf adalah menghilangkan kepercayaan pasiend an merusak relasi dokter-pasien. Beberapa negara menerapkan *apology law* seperti halnya Michigan (1986) sebagai negara yang pertama menerapkan hal ini. *Apology law* tidak berlaku apabila pasien mengajukan tuntutan malpraktik. Permohonan maaf diharapkan memperbaiki komunikasi dokter dan pasien tetapi pada kenyataannya masih belum didaptkan hasil yang signifikan dalam hal penurunan gugatan

[563]Nina E. Ross dan William J. Newman, 'The Role of Apology Laws in Medical Malpractice', *J Am Acad Psychiatry Law* 49(3) online, 202, http://jaapl.org/content/jaapl/early/2021/05/19/JAAPL.200107-20.full.pdf diakses pada 20 Mei 2022.
[564]*Ibid.*

malpraktik.[565] Beberapa penelitian membuktikan bahwa *apology law* tidak memenuhi harapan untuk mengurangi gugatan terutama pada dokter yang melakukan tindakan pembedahan, meskipun pada dokter yang tidak melakukan tindakan pembedahan nampak adanya penurunan angka gugatan malpraktik termasuk dalam hal besarnya klaim yang diajukan oleh pasien.[566]

Pengaduan yang dilakukan oleh pihak pasien kepada Majelis Kehormatan dan Etik Kedokteran adalah kurang tepat, karena kasus ini lebih berkaitan dengan dispilin dalam pelaksanaan pelayanan kedokteran. Seperti halnya tercantum dalam Pedoman Organisasi dan Tata Laksana MKEK tahun 2018 MKEK adalah bertanggung jawab dalam pembinaan, pelaksanaan, pengawasan dan penilaian dalam pelaksanaan etika kedokteran termasuk perbuatan anggota yang melanggar kehormatan dan tradisi luhur kedokteran.[567]

Pasal 55 angka (1) UU Praktik Kedokteran menyebutkan bahwa untuk menegakkan disiplin dokter dan dokter gigi dalam penyelenggaraan praktik kedokteran, dibentuk Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia. Maka dalam hal ini seharunya pengaduan dilakukan kepada MKDKI, meskipun pengaduan kepada MKDKI tidak menghilangkan hak setiap orang untuk melaporkan adanya dugaan tindak pidana kepada pihak yang berwenang dan/atau

[565]*Ibid.*

[566]Benjamin Mc Michael, R. Lawrence Van Horn, dan W. Kip Viscusi, '"Sorry" Is Never Enough: How State Apology Laws Fail to Reduce Medical Malpractice Liability Risk', *71 STAN. L. REV.* 341, 2019, https://scholarship.law.ua.edu/fac_articles/647 diakses pada 20 mei 2022.

[567]Pedoman Organisasi dan Tata Laksana MKEK, Muktamar Ikatan Dokter Indonesia XXX, 2018.

menggugat kerugian perdata ke pengadilan seperti halnya Pasal 66 angka (3) UU Praktik Kedokteran.

Unsur-unsur perbuatan melanggar hukum menurut Pasal 1365 BW yaitu adanya suatu perbuatan, perbuatan tersebut melanggar hukum, adanya kesalahan, adanya kerugian, dan adanya hubungan kausal antara kesalahan dan kerugian. Apabila ditinjau dari adanya kerugian dan adanya hubungan kasual antara kesalahan dengan kerugian dapat dikatakan memenuhi kriteria, karena terjadinya perdarahan adalah langsung setelah tindakan operasi karena pada saat itu pasien masih dalam kondisi rawat inap dan dalam perawatan dokter. Sedangkan unsur kesalahan dapat ditentukan oleh keterangan ahli, hal ini memenuhi sebagai salah satu alat bukti yang sah meskipun tidak dapat berdiri sendiri sebagai satu-satunya alat bukti. Gugatan tidak dapat dianggap prematur akibat tidak melalui MKDKI karena tidak ada peraturan perundang-undangan yang menetapkan suatu gugatan dapat dilakukan setelah adanya keputusan dari MKDKI maupun MKEK.

Keputusan hakim pada tingkat kasasi yang membatalkan keputusan pengadilan pada tingkat pertama dan banding adalah kurang tepat. Pada kasus ini sebenarnya yang terjadi adalah suatu risiko medis, karena standar profesi yang dilakukan oleh dokter telah dibuktikan oleh saksi ahli tentang tidak adanya pelanggaran dalam pelaksanaan standar profesi. Namun kelemahan peraturan perundang-undangan tentang informasi dalam relasi dokter dan pasien adalah tidak adanya ketentuan sanksi akibat tidak kejelasan informasi, bukan hanya didasarkan pada akibat kerugian yang dialami pasien akibat suatu tindakan yang

masih dapat disebabkan oleh risiko medis bukan saja hanya disebabkan karena kelalaian dokter.

3.5 *Ius Constituendum* Prinsip Transparansi dalam Pelayanan Kesehatan

3.5.1 Standar *informed consent* yang mencerminkan transparansi dalam relasi dokter dan pasien

Informed consent tidak dapat hanya dianggap sebagai selembar kertas yang wajib ditandatangani oleh dokter dan pasien atau keluarganya sebelum dilakukan terapi atau tindakan bagi pasien tersebut. Proses dimulainya penjelasan dalam *informed consent* hingga proses penandatanganannya memegang peranan yang lebih penting daripada hasil tanda tangan itu sendiri meskipun masih banyak yang menganggap proses ini hanya sebuah formalitas atau kebiasaan, tetapi tidak dapat disangkal bahwa hal ini mempunyai implikasi hukum yang cukup besar bahkan seringkali menjadi masalah hukum bila tidak dilakukan dengan benar.

Berdasarkan Permenkes Persetujuan Tindakan Kedokteran tidak ada bentuk yang baku dari suatu lembar persetujuan tindakan kedokteran atau *informed consent* tersebut. Permenkes ini hanya menyebutkan faktor-faktor apa saja yang minimal harus ada dalam suatu lembar *informed consent* yaitu meliputi diagnosis dan tata cara tindakan kedokteran, tujuan tindakan kedokteran tersebut, alternatif tindakan lain jika ada beserta denga risikonya, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi dari tindakan yang akan dilakukan, prognosis terhadap tindakan yang akan dilakukan, serta perkiraan biaya untuk dapat

dilakukannya suatu tindakan. Penandatanganan *informed consent* merupakan suatu tindakan hukum sehingga pasien dan atau keluarga yang menerima dan menandatanganinya harus dalam keadaan cakap atau kompeten untuk mengambil keputusan.

Menurut Manual Persetujuan Tindakan Kedokteran yang dikeluarkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia (selanjutnya disebut sebagai Manual PTK) penandatanganan formulir *informed consent* itu sendiri tidak mencukupi tanpa mengadakan diskusi yang rinci dengan pasien atau keluarganya dan mendokumentasikannya dalam rekam medis.[568] Apabila dokter medapat persetujuan untuk melakukan suatu tindakan kedokteran maka harus dipahami bahwa persetujuan tersebut hanya terbatas pada hal-hal yang telah disetujui dan tidak melebihi dari lingkup tersebut.[569]

Manual PTK memberikan salah satu definisi *informed consent* adalah pernyataan sepihak dari pasien dan bukan perjanjian antara pasien dengan dokter sehingga dapat ditarik kembali (oleh pasien) setiap saat.[570] Menurut penulis, proses dilakukannya *informed consent* hingga mendapatkan tanda tangan adalah suatu bentuk kesepakatan antara dokter dan pasien. Pasien sepakat untuk menerima penawaran dokter untuk dilakukan terapi atau tindakan kepadanya sedangkan dokter sepakat untuk melakukan upaya terbaik dalam melakukan tindakan terhadap pasien dalam lingkup yang telah dijelaskan kecuali dalam kondisi darurat demi keselamatan pasien.

---

[568]Konsil Kedokteran Indonesia, Manual Persetujuan Tindakan kedokteran, 2006, h.4.
[569]*Ibid.*
[570]*Ibid*., h.1.

Menurut Pasal 1 angka (3) Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 20 tahun 2014 tentang Standardisadi dan Penialian Kesesuaian (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 216) Standar adalah persyaratan teknis atau sesuatu yang dibakukan, termasuk tata cara dan metode yang disusun berdasarkan konsensus semua pihak/pemerintah/ keputusan internasional yang terkait dengan memperhatikan syarat keselamatan, keamanan, kesehatan, lingkungan hidup, perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, pengalaman, serta perkembangan masa kini dan masa depan untuk memperoleh manfaat yang sebesar-besarnya. Pasal 1 angka (1) memberikan definisi standardisasi adalah proses merencanakan, merumuskan, menetapkan, menerapkan, memberlakukan, memelihara, dan mengawasi standar yang dilaksanakan secara tertib dan bekerja sama dengan semua pemangku kepentingan.

Standar yang berlaku pada pelayanan kesehatan misalnya rumah sakit secara umum dapat didasarkan pada standar akreditasi. Menurut Pasal 1 peraturan Menteri kesehatan nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 586) disebutkan bahwa akreditasi rumah sakit adalah penilaian mutu rumah sakit setelah dilakukan penilaian berdasarkan standar akreditasi untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien. Pasal 4 Permenkes ini menyebutkan bahwa akreditasi dilaksanakan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang berasal dari dalam atau luar negeri. Pada pelaksanaan akreditasi maka lembaga tersebut akan menentukan standar, maksud dan tujuan, serta elemen penilaian. Ketentuan mengenai standar, maksud dan tujuan serta elemen penilaian yang berkaitan

dengan pemberian informasi dan *informed consent* dimuat dalam bagian tentang Hak Pasien dan Keluarga (selanjutnya disebut HPK).[571] Salah satu tujuan pengaturan HPK dalam akreditasi rumah sakit adalah meningkatkan partisipasi pasien dan keluarga dalam proses asuhan melalui pengambilan keputusan tentang asuhan, bertanya soal asuhan, minta pendapat orang lain *(second opinion)* dan hal ini harus dilakukan secara aktif oleh pemberi layanan kesehatan.[572] Staf klinis harus menjelaskan setiap tindakan atau prosedur yang diusulkan kepada pasien dan keluarga dengan informasi mengenai hal-hal berikut :[573]

a. diagnosis (diagnosis kerja dan diagnosis banding) dasar diagnosis.
b. kondisi pasien.
c. tindakan yang diusulkan.
d. tata cara dan tujuan tindakan.
e. manfaat dan risiko tindakan.
f. nama orang mengerjakan tindakan termasuk nama pemberi asuhan lain yang ikut serta merawat pasien yang juga diberi ijin untuk melakukan tindakan pada pasien.
g. kemungkinan alternatif dari tindakan.
h. prognosis dari tindakan.
i. kemungkinan hasil yang tidak terduga..
j. kemungkinan hasil bila tidak dilakukan tindakan

[571]Komisi Akreditasi Rumah Sakit, *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1*, 2017, h.78.
[572]*Ibid*., h.83.
[573]*Ibid*., h.85.

Namun di luar hal yang tercantum di atas rumah sakit harus menjawab apabila ada pertanyaan pasien terkait kewenangan dan kompetensi dokter atau pemberi asuhan perawatan yang lain misalnya tentang kompetensi, pengalaman, jangka waktu bekerja di rumah sakit.

Informed consent dilakukan pada saat pasien akan mendapatkan tindakan medis tertentu. Selain *informed consent* terdapat juga persetujuan umum atau *general consent* diminta pada saat pasien datang pertama kali untuk rawat jalan dan setiap rawat inap.[574] Proses mendapatkan persetujuan inilah yang merupakan awal terjadinya kesepakatan pasien dengan rumah sakit dan selanjutnya dengan dokter, karena pada persetujuan umum ini rumah sakit wajib menjelaskan salah satunya adalah nama dokter yang akan menangani pasien dengan demikian menunjukkan bahwa pasien bersedia untuk mengadakan kesepakatan menjalin hubungan terapeutik dengan dokter. Menurut standar akreditasi rumah sakit,[575] persetujuan khusus atau *informed consent* diberikan sebelum operasi, anestesi (termasuk sedasi), pemakaian darah dan produk darah, tindakan dan prosedur, serta pengobatan lain dengan risiko tinggi yang ditetapkan oleh regulasi rumah sakit. Jadi tidak semua tindakan dan prosedur memerlukan persetujuan khusus, namun rumah sakit membuat daftar tindakan sebagaimana yang disebut di atas.[576]

Sayangnya pedoman standar akreditasi rumah sakit tidak menetapkan standar bagaimana bentuk *informed consent* yang memenuhi syarat dalam

[574]*Ibid*., h.89
[575]*Ibid.*, h.91
[576]*Ibid*.

pemenuhan hak dan kewajiban pasien dan dokter yang dapat memberikan perlindungan hukum bagi kedua belah pihak. Pada umumnya formulir yang dipakai dalam proses *informed consent* adalah sesuai dengan manual Persetujuan Tindakan Kedokteran yang diterbitkan oleh Konsil Kedokteran Indonesi tahun 2006 berikut :

PEMBERIAN INFORMASI

Dokter Pelaksana Tindakan			
Pemberi informasi			
Penerima Informasi / pemberi persetujuan *			
	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDA (v)
1	Diagnosis (WD & DD)		
2	Dasar Diagnosis		
3	Tindakan Kedokteran		
4	Indikasi Tindakan		
5	Tata Cara		
6	Tujuan		
7	Risiko		
8	Komplikasi		
9	Prognosis		
10	Alternatif & Risiko		
	Lain-lain		
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau berdiskusi			tandatangan
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana di atas yang saya beri tanda/paraf di kolom kanannya, dan telah memahaminya			tandatangan

* Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat

PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN

Yang bertandatangan di bawah ini, saya , nama _____ , umur _____ tahun, laki-laki/ perempuan*, alamat _____ ,
dengan ini menyatakan persetujuan untuk dilakukannya tindakan _____ terhadap saya / _____saya*
bernama _____, umur _____ tahun, laki-laki / perempuan*, alamat _____ .
Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti di atas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul.
Saya juga menyadari bahwa oleh karena ilmu kedokteran bukanlah ilmu pasti, maka keberhasilan tindakan kedokteran bukanlah keniscayaan, melainkan sangat bergantung kepada izin Tuhan Yang Maha Esa.

_____, tanggal _____ pukul _____
Yang menyatakan * Saksi:

(_____) (_____) (_____)

Gambar 3. Contoh format persetujuan tindakan kedokteran
Sumber : Manual Persetujuan Tindakan Kedokteran KKI

Seperti telah diketahui bahwa *informed consent* dapat berbentuk lisan maupun tulisan. Pada bagian ini yang dimaksud oleh penulis adalah *informed consent* tertulis. Bentuk *informed consent* yang selama ini dipakai di rumah sakit adalah sesuai dengan manual persetujuan tindakan medis yang dikeluarkan oleh KKI karena belum ada standar *informed consent* yang ditentukan oleh peraturan perundang-undangan maupun oleh lembaga yang berwenang untuk mengeluarkan standardisasi dalam melakukan akreditasi. Sesuai asas kebebasan berkontrak sebagai asas yang menduduki posisi sentral dalam hukum kontrak dan melambangkan kehendak bebas manusia, maka para pihak mempunyai pilihan bebas untuk mengadakan perjanjian.[577] Para pihak bebas untuk menentukan isi maupun bentuk kontrak yang akan dibuat termasuk juga tentang apa yang diperjanjikan dan syarat-syarat perjanjiannya.[578]

Bentuk *informed consent* yang baik minimal memenuhi syarat jelas atau mudah dipahami bagi pasien atau keluarga pasien serta dapat dibaca dengan mudah. Beberapa penelitian yang dilakukan di berbagai negara adalah berdasarkan *readability*, yaitu apakah suatu *informed consent* dapat dibaca dengan layak. Rendahnya budaya membaca akan sangat berpengaruh terhadap kemampuan dan dan kemauan untuk memahami dan membaca formulir *informed consent.* Penelitian yang pernah dilakukan di Amerika Serikat, 25% penduduk dewasa tergolong sebagai *low literacy skill* atau kemampuan membaca rendah dengan perkiraan paling sedikit 40 juta penduduk dewasa

[577]Agus Yudha Hern0ko-1, *Ibid*., h.110
[578]*Ibid*.

tingkat literasinya setara dengan siswa di bawah kelas 7.[579] Tidak jauh berbeda penelitian di Inggris didapatkan hamper 15% penduduk dewasa mempunyai tingkat literasi setara dengan anak usia 11 tahun dan rata-rata penduduk dewasa mempunyai usia baca di bawah usia 16 tahun.[580] Berdasarkan survei yang dilakukan *Program for International Student Assessment (PISA)* yang dirilis oleh *Organization for Economic Co-operation and Development (OECD)* pada 2019 tingkat literasi atau kedalaman pengetahuan seseorang terhadap suatu subjek ilmu pengetahuan pada penduduk Indonesia menempati peringkat ke-62 dari 70 negara yang diteliti, dengan rasio 0,09 untuk total jumlah bahan bacaan dengan total jumlah penduduk Indonesia. Artinya satu buku ditunggu oleh 90 orang setiap tahun. Ini berarti bahwa penduduk Indonesia memiliki tingkat terendah dalam indeks kegemaran membaca apabila dibandingkan dengan standar UNESCO minimal tiga buku baru untuk setiap orang setiap tahun.[581]

Dokumen *informed consent* yang kurang memadai akan membawa risiko baik pagi dokter maupun pasien. *Informed consent* yang ideal adalah yang singkat tertulis dengan bahasa yang sederhana namun lengkap serta memungkinkan pasien untuk dapat mengambil keputusan sendiri.[582] Hasil penelitian *informed consent* yang dilakukan pada pasien-pasien peserta TREAD

[579]Marli Terblanche dan Lesley Burgess, 'Examining The Readability Of Patient-Informed diakses pada dari https://www.dovepress.com/ diakses pada 16 April 2022.

[580]N Sivanadarajah et al., 'Informed Consent And The Readability Of The Written Consent Form*'*, *Ann R Coll Surg Engl* 2017; 99: 645–649, h.646, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5696940/pdf/rcsann.2017.0188.pdf diakses pada 15 April 2022.

[581]"Tingkat Literasi Indonesia di Dunia Rendah, Ranking 62 dari 70 Negara", https://perpustakaan.kemendagri.go.id/tingkat-literasi-indonesia-di-dunia-rendah-ranking-62-dari-70-negara/ dipublikasikan pada 25 Maret 2021, diakses pada pada 16 April 2022.

[582]Mari Terblanche, *Ibid*., h.158.

research[583] didapatkan bahwa dokumen *informed consent* yang diberikan pada pasien terlalu kompleks atau sulit dipahami pasien. Strategi untuk membuat lebih sederhana adalah dengan cara :[584]

a. Menggunakan kalimat yang lebih singkat dan lebih umum dengan tidak menggunakan bahasa medis, mencegah penggunaan kalimat lebih dari 12 kata dan paragraph kurang dari 7 baris.
b. Menghindari informasi yang tidak relevan dengan objek yang dibicarakan pada saat itu
c. Memberi waktu yang cukup bagi yang membaca
d. Memperbaiki tampilan dokumen *informed consent*, bahkan bila perlu ditambahkan gambar.

Sama seperti halnya formulir *informed consent* yang dipakai di Indonesia, standar *informed consent* yang dikeluarkan oleh The National Health Service (NHS) di Inggris mempunyai keterbatasan dalam bentuk atau ruang yang tersedia dan terkesan tidak praktis apabila semua informasi harus dituangkan dalam form *informed consent*. Oleh karena itu dibuatlah brosur, pamflet, sarana multimedia, dan tentunya sesi interaktif tentang suatu prosedur.[585]

[583]TREAD Research a private clinical trial research unit located in Tygerberg Hospital and University of Stellenbosch, Parow, South Africa. In 2013 TREAD conducted a research study in order to evaluate informed consent comprehension by adult South African clinical trial participants at the time of providing consent for clinical trial participation.

[584]Mari Terblanche, *Ibid*., h.160.

[585]N Sivanadarajah, *Ibid*., h.646.

John Hopkins Medicine mengeluarkan panduan pembuatan *informed consent* dengan acuan kemampuan baca pada anak usia kelas 8, yang terdiri dari hal-hal berikut ini :[586]

a. Menggunakan bahasa non medis.
b. Singkat, mudah dipahami, menggunakan kalimat langsung atau aktif. Jika perlu kalimat yang terlalu panjang dibagi menjadi dua bagian.
c. Paragraf singkat dan hanya terdiri dari satu pokok pikiran.
d. Menggunakan huruf minimal ukuran 12.
e. Hal-hal yang perlu ditekankan diberi garis bawah, huruf tebal, atau diberi kotak serta menghindari huruf yang dicetak miring atau dengan huruf besar pada semua kata atau kalimat.
f. Pokok pikiran yang disampaikan harus mempunyai alur jelas dan terstruktur.
g. Menghindari pengulangan.
h. Foto atau gambar dapat digunakan jika memang diperlukan.
i. Penggunaan terminologi harus konsisten.
j. Penggunaan singkatan yang tidak umum sedapat mungkin dihindari, apabila ada singkatan harus diuraikan lebih dulu pada bagian awal.

Apabila ditinjau dari segi isi *informed consent* maka tidak dapat dilepaskan dari makna isi perjanjian yaitu apa yang diperjanjikan oleh para pihak serta terhadap apa para pihak mengikatkan diri.[587] Apabila diperjelas maka isi kontrak

[586]John Hopkins Medicine, "Informed Consent Guidance - How to Prepare a Readable Consent Form", April 2016, https://www.hopkinsmedicine.org/institutional_review_board/guidelines_policies/guidelines/informed_consent_ii.html, diakses pada 15 April 2022.
[587]J.H.Nieuwenhuis, Ibid., h.37.

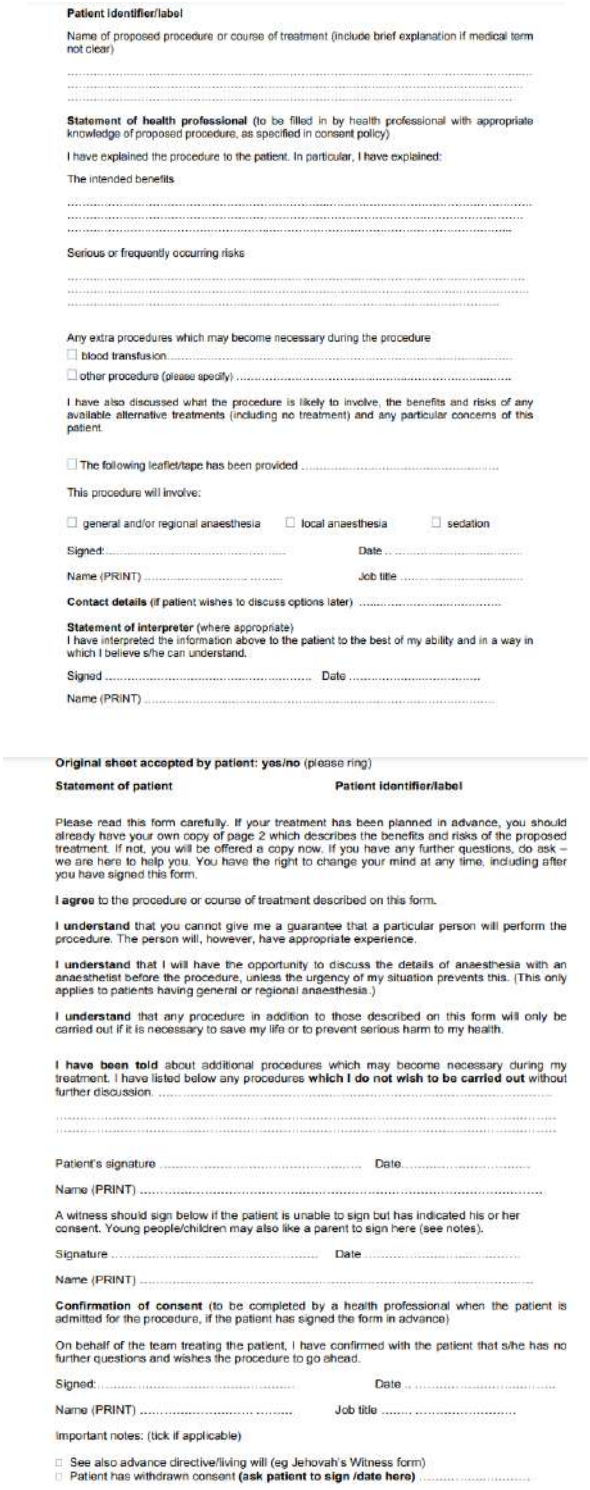
terkait dengan penentuan sifat juga luasnya hak dan kewajiban yang menyangkut substansi hak dan kewajiban yang saling dipertukarkan oleh para pihak.[588] Berbeda dengan kausa kontrak yaitu tujuan bersama yang ingin dicapai para pihak.[589] Jadi di dalam *informed consent* yang dimaksud dengan kausa perjanjian adalah tindakan yang akan dilakukan oleh dokter kepada pasien yang merupakan salah satu bentuk dari transaksi terapeutik. Isi kontrak menurut kepustakaan mempunyai beberapa unsur yaitu :[590]

a. Unsur esensialia yaitu unsur yang mutlak harus ada. Di dalam perjanjian jual beli misalnya barang dan harga. Sedangkan di dalam *informed consent* harus jelas tertulis nama tindakan yang akan dilakukan serta dokter atau petugas kesehatan yang akan melakukan tindakan tersebut, nama pasien atau keluarga pasien sebagai pihak yang melakukan perjanjian dengan dokter,
b. Unsur naturalia yaitu unsur yang ditentukan oleh undang-undang tapi dapat disimpangi oleh para pihak. Dalam *informed consent* tertulis poin-poin sesuai yang ditentukan oleh permenkes persetujuan tindakan kedokteran maupun yang ditentukan oleh standar akreditasi.
c. Unsur accidentalia adalah unsur yang ditambahkan oleh para pihak di mana undang-undang tidak mengatur. Unsur ini dapat ditambahkan di dalam *informed consent* oleh masing-masing pusat pemberi pelayanan kesehatan. Misalnya penambahan gambar atau ilustrasi organ maupun tentang tindakan yang akan dilakukan.

[588]Agus Yudha hernoko-1, h.225.
[589]*Ibid.*
[590]*Ibid.*

Apabila dilihat dari dokumen *informed consent* yang saat ini dipakai di Indonesia pada umumnya, unsur esensialia dan naturalia secara umum sudah didapatkan pada dokumen yang ada. Tetapi apabila dilihat dari bentuk formular yang saat ini ada tidak memungkinkan apabila dituliskan secara lengkap, selain itu juga tidak layak baca apabila dilihat dari ukuran huruf dan tampilan dokumen sehingga akan menyebabkan pihak pasien atau keluarga hanya sekedar mengisi data dan membubuhkan tanda tangan apalagi dengan budaya baca yang masih rendah serta tingkat pengetahuan atau pendidikan pasien yang tidak sama. Dokter pun tidak memungkinkan untuk mengisi segala hal tentang penyakit dan tindakan yang akan dilakukan pada dokumen tersebut karena keterbatasan tempat di lembar tersebut. Pemberian tanda centang ("v") atau paraf sebagai tanda sudah dibaca dan dipahami pasien harus benar-benar dipastikan oleh pemberi informasi sebelum penerima informasi melakukan tanda tangan sebagai pernyataan persetujuan atau penolakan. Sebenarnya, bentuk *informed consent* tidak harus seperti yang ada saat ini serta tidak harus dipaksakan harus terangkum dalam satu halaman. Sebagai contoh di bawah ini adalah dokumen *informed consent* yang dipakai di Inggris yang standarnya ditentukan oleh NHS.[591]

[591]Northern Devon Healthcare NHS Trust,Consent form 1 : Patient agreement to investigation, treatment or procedur, *Consent Policy* v3.1 19Jul12, https://www.northdevonhealth.nhs.uk/wp-content/uploads/2010/09/Consent-form1.pdf, diakses pada 15 April 2022.



Patient identifier/label

Name of proposed procedure or course of treatment (include brief explanation if medical term not clear)

.....
.....
.....

Statement of health professional (to be filled in by health professional with appropriate knowledge of proposed procedure, as specified in consent policy)

I have explained the procedure to the patient. In particular, I have explained:

The intended benefits

.....
.....
.....

Serious or frequently occurring risks

.....
.....
.....

Any extra procedures which may become necessary during the procedure

☐ blood transfusion.....

☐ other procedure (please specify) .....

I have also discussed what the procedure is likely to involve, the benefits and risks of any available alternative treatments (including no treatment) and any particular concerns of this patient.

☐ The following leaflet/tape has been provided .....

This procedure will involve:

☐ general and/or regional anaesthesia ☐ local anaesthesia ☐ sedation

Signed:..... Date .....

Name (PRINT) ..... Job title .....

Contact details (if patient wishes to discuss options later) .....

Statement of interpreter (where appropriate)
I have interpreted the information above to the patient to the best of my ability and in a way in which I believe s/he can understand.

Signed ..... Date .....

Name (PRINT) .....

Original sheet accepted by patient: yes/no (please ring)

Statement of patient **Patient identifier/label**

Please read this form carefully. If your treatment has been planned in advance, you should already have your own copy of page 2 which describes the benefits and risks of the proposed treatment. If not, you will be offered a copy now. If you have any further questions, do ask – we are here to help you. You have the right to change your mind at any time, including after you have signed this form.

I agree to the procedure or course of treatment described on this form.

I understand that you cannot give me a guarantee that a particular person will perform the procedure. The person will, however, have appropriate experience.

I understand that I will have the opportunity to discuss the details of anaesthesia with an anaesthetist before the procedure, unless the urgency of my situation prevents this. (This only applies to patients having general or regional anaesthesia.)

I understand that any procedure in addition to those described on this form will only be carried out if it is necessary to save my life or to prevent serious harm to my health.

I have been told about additional procedures which may become necessary during my treatment. I have listed below any procedures **which I do not wish to be carried out** without further discussion. .....

.....
.....

Patient's signature ..... Date.....

Name (PRINT) .....

A witness should sign below if the patient is unable to sign but has indicated his or her consent. Young people/children may also like a parent to sign here (see notes).

Signature ..... Date .....

Name (PRINT) .....

Confirmation of consent (to be completed by a health professional when the patient is admitted for the procedure, if the patient has signed the form in advance)

On behalf of the team treating the patient, I have confirmed with the patient that s/he has no further questions and wishes the procedure to go ahead.

Signed:..... Date .....

Name (PRINT) ..... Job title .....

Important notes: (tick if applicable)

☐ See also advance directive/living will (eg Jehovah's Witness form)
☐ Patient has withdrawn consent **(ask patient to sign /date here)** .....

Gambar 4. Standar Informed Consent NHS
Sumber : Northern Devon Healthcare NHS Trust, *Consent form 1 : Patient agreement to investigation, treatment or procedure*

Menarik untuk diperhatikan pada dokumen *informed consent* di Indonesia adalah bagian kolom saksi. Pada peraturan perundangan-undangan yang ada tidak satupun yang memberikan ketentuan tentang saksi dalam proses *informed consent*, terutama tentang berapa jumlah saksi dan siapa saja yang berhak menjadi saksi. Menurut hukum acara perdata, pembuktian dengan saksi diperbolehkan dalam segala hal kecuali ditentukan lain oleh undang-undang seperti halnya tercantum dalam Pasal 1895 BW.[592] Alat bukti saksi mempunyai syarat formil dan materiil yang sifatnya kumulatif bukan alternatif. Syarat alat bukti saksi secara materiil salah satunya adalah keterangan satu saksi saja harus ditambah alat bukti lain artinya keterangan seorang saksi saja tidak sah sebagaia alat bukti.[593] Sedangkan apabila alat bukti saksi terdiri dari dua orang dan keduanya memenuhi syarat formil danmaterii maka dianggap cukup memenuhi batas minimal pembuktian dan tidak diperlukan tambahan alat bukti lain.[594] Kualitas saksi lebih diutamakan daripada kuantitas.[595] Penetuan kualitas saksi yang sah dan memenuhi syarat adalah berdasarkan landasan sumber pengetahuan, yaitu :[596] berdasarkan penglihatan saksi sendiri, berdasarkan pendengaran saksi sendiri, atau berdasarkan pengalaman saksi sendiri. Sedangkan pendapat pribadi, dugaan pribadi, perasaan pribadi, dan kesan pribadi saksi tidak sah menjadi alat bukti keterangan.

[592]M.Yahya Harahap, *Hukum Acara Perdata tentang Gugatan, Persidangan, Penyitaan, Pembuktian, dan Putusan Pengadilan cetakan ke-15,* Sinar Grafika, Jakarta, 2015, h.623.
[593]I*bid*., h.648.
[594]*Ibid*., h.650.
[595]*Ibid.*, h.648.
[596]*Ibid*., h.652.

Beberapa syarat formil yang melekat pada alat bukti saksi adalah kecakapan. Secara umum orang dianggap cakap atau kompeten menjadi saksi kecuali undang-undang menentukan lain.[597] Berdasarkan Pasal 1909 BW, Pasal 145 HIR, dan Pasal 172 RBG pembagian kecakapan sebagai saksi adalah :

a. Kelompok yang tidak cakap secara absolut yaitu keluarga sedarah dan semenda dari salah satu pihak menurut garis lurus, suami istri yang sah meskipun sudah bercerai. Namun dalam perkara tertentu cakap sebagai saksi sesuai Pasal 1910 BW yaitu dalam perkara mengenai kedudukan keperdataan salah satu pihak, perkara mengenai nafkah yang harus dibayar, perkara mengenai alasan yang dapat menyebabkan pembebasan dari kekuasaan orang tua, dan perkara mengenai persetujuan perburuhan.
b. Kelompok yang tidak cakap secara relatif, artinya tidak dilarang memberikan kesaksian di persidangan tetapi keterangan diberikan di luar sumpah sehingga menurut hukum tidak sebagai saksi yaitu anak kurang dari 15 tahun, orang gila meski terkadang terang ingatannya, orang dalam tahanan.

Menurut Pasal 22 ayat (2) Peraturan Pemerintah Indonesia Nomor 9 Tahun 1975 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 1 Tahun 1974 tentang Perkawinan disebutkan bahwa gugatan perceraian dapat diterima setelah mendengar pihak keluarga atau orang yang dekat dengan suami istri itu. Rumusan Kamar Perdata tahun 2014[598] menyebutkan : Dalam pemeriksaan

[597]*Ibid*., h.633.

[598]Kompilasi Rumusan Hasil Rapat Pleno Kamar Cetakan ke-3, Mahkamah Agung Republik Indonesia, 2018, h.73.

perkara perceraian dengan alasan cekcok terus menerus dan tidak dapat dirukunkan kembali, keluarga terdekat didengar keterangannya (vide Pasal 22 ayat 2 PP Nomor 9 Tahun 1975) dan dapat pula sebagai saksi di bawah sumpah (vide Pasal 145, 146 clan 147 HIR/172, 174, 175 Rbg). Sedangkan Rumusan Kamar Perdata 2015[599] menyebutkan : Khusus perkara perceraian berlaku ketentuan Pasal 22 Peraturan Pemerintah Nomor 9 Tahun 1975 tentang Pelaksanaan Undangundang Nomor 1 Tahun 197 4 tentang Perkawinan, dalam hal keluarga dijadikan saksi dapat disumpah sepanjang tidak ada bukti lain.

Mengingat pentingnya saksi dalam transaksi terapeutik maka seharusnya dibuat norma yang lebih jelas mengenai hal ini, apalagi pada dokumen *informed consent* terdapat dua kolom tanda tangan saksi. Kedua orang saksi ini akan lebih baik jika diatur dengan ketentuan satu saksi dari pihak rumah sakit sebagai pemberi layanan kesehatan dan satu saksi berasal dari pihak pasien.

Landasan pemikiran keluarga tidak dijadikan sebagai saksi adalah karena secara logika saksi yang berasal dari keluarga tentu sangat sulit untuk berlaku obyektif dalam memberikan keterangan dan secara psikologis akan selalu berada pada pihak keluarganya, sehingga kalau demikian adanya, akan sulit dicari kebenaran yang sesungguhnya.[600] Demikian juga halnya dalam transaksi terapeutik, apabila kedua saksi berasal dari pihak pasien maupun kedua saksi berasal dari pihak dokter atau rumah sakit tentunya akan berpihak pada masing-masing pihak sehingga alangkah baiknya apabila ada ketentuan tentang saksi

[599] *Ibid.,* h.70.

[600] Muhamad Rizki, *"Logische Spesialiteit" Saksi Keluarga Dalam Perkara Perceraian",* Badilag MA, 2013, h.2.

dalam proses penendatanganan *informed consent*. Demikian tentang siapakah yang dapat menjadi saksi, apabila tidak diberikan pengaturan yang lebih jelas dalam *lex specialis* seperti halnya dalam saksi kasus perceraian, dikuatirkan apabila terjadi sengketa medis maka alat bukti saksi yang ada tidak dapat menjadi alat bukti yang sah dan memenuhi syarat. Tentunya justru harus dipertimbangkan bahwa orang yang boleh menjadi saksi adalah keluarga terdekat pasien karena pada umumnya pasien diantar oleh keluarga terdekat saat menemui dokter. Hal ini ada kaitannya pula dengan rahasia medis yang tidak mungkin diketahui orang lain.

Berdasarkan pemaparan yang sudah diberikan di atas, maka dalam pelayanan medis *Informed consent* yang dipakai minimal memenuhi standar atau persyaratan sebagai berikut :

i. Mudah dan layak dibaca terutama dari bentuk dan ukuran huruf (misalnya menggunakan *times new roman* ukuran 12) dimana dalam satu kalimat terdiri dari paling banyak 12 kata, dalam satu paragraf paling banyak terdiri dari 7 kalimat, dan jarak tiap baris menggunakan spasi 1,5 atau 2. Setiap paragraf hanya menjabarkan satu pokok pikiran.
ii. Menggunakan bahasa non medis, jika ada ada istilah medis yang terpaksa digunakan tetap harus diberikan keterangan yang cukup jelas.
iii. Menghindari penggunaan singkatan dan terminologi secara tidak konsisten
iv. Hal-hal yang perlu ditekankan diberi garis bawah, huruf tebal, atau diberi kotak serta menghindari huruf yang dicetak miring atau dengan huruf besar pada semua kata atau kalimat.

v. Sedapat mungkin menghindari pengulangan
vi. Terdiri dari dua bagian untuk dokter dan pasien atau keluarganya sehingga tidak perlu dipaksakan dalam satu halaman.
vii. Data dokter penanggung jawab, data pasien, dan data wali yang menandatangani jika pasien tidak melakukan sendiri harus jelas disertai tanggal dan jam.
viii. Memuat hal-hal yang harus dijelaskan sekurang-kurangnya seperti yang tercantum dalam Pasal 7 angka (3) permenkes Persetujuan Tindakan Kedokteran diagnosis, nama tindakan atau prosedur, tujuan tindakan dilakukan, alternatif tindakan dan risikonya, risiko dari tindakan, prognosis, dan pembiayaan.
ix. Pernyataan bahwa pasien telah mendapat penjelasan dan memahami segala hal tentang tindakan yang akan dilakukan dan juga tentang dokumen yang ditandatangani tersebut.

Pada bagian akhir penelitian ini diberikan contoh *informed consent* yang dapat dibuat berdasarkan persyaratan yang tercantum di atas (Lampiran 1) serta *refusal consent* atau penolakan yang diberikan oleh pasien (Lampiran 2).

3.5.2 Kewajiban para pihak dalam komunikasi untuk mewujudkan transparansi dalam pelayanan kesehatan

Upaya untuk mencapai kesembuhan pasien memerlukan partisipasi aktif dari pasien sehingga terjadi pertukaran pengetahuan, musyawarah dalam membuat keputusan, saling menghargai otonomi pasien dan nilai profesi etik

kedokteran. Peraturan perundangan yang ada saat ini lebih menekankan kepada transparansi dari pemberi layanan kesehatan baik dokter maupun rumah sakit dibandingkan dengan pengaturan transparansi dari pidah pasien dan atau keluarganya. Sebagai contoh adalah *lex specialis* dalam pengaturan tentang *informed consent* yaitu permenkes tentang persetujuan tindakan kedokteran. Pasal 7 hingga 12 pada Permenkes Persetujuan Tindakan Kedokteran menjabarkan apa saja hal yang harus dijelaskan dokter kepada pasien beserta tata cara penjelasannya. Sedangkan kewajiban pasien dalam hal transparansi memberikan informasi tidak dijabarkan dengan terinci, misalnya dalam kewajiban pasien seperti tercantum dalam Pasal 45 huruf (d) PP Penyelenggaraan Perumahsakitan yaitu memberikan informasi yang jujur, lengkap dan akurat sesuai dengan kemampuan dan pengetahuannya tentang masalah kesehatannya.

Penelitian tentang transparansi pasien dengan tujuan untuk mengetahui hal yang pada umumnya tidak disampaikan pasien secara terbuka kepada dokter dan penyebabnya dilakukan oleh *University of Michigan Medical School* secara *online* pada tahun 2015 pada penduduk Amerika Serikat dengan usia di atas 18 tahun (kelompok 1) dan pada penduduk usia diatas 50 tahun (kelompok 2). Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada kelompok 1 sebanyak 81,1% sampel menyatakan tidak memberikan informasi secara transparan kepada dokter, sedangkan pada kelompok 2 sebanyak 61,4% dari sampel. Terdapat tujuh hal yang tidak disampaikan secara transparan pada penelitian ini meliputi :[601]

[601]Andrea Gurmankin Levy et al., 'Prevalence of and Factors Associated With Patient Nondisclosure of Medically Relevant Information to Clinicians', *JAMA Network Open*.

a. Pasien tidak transparan saat tidak menyetujui rekomendasi dokter
b. Pasien tidak transparan saat tidak memahami petunjuk dokter
c. Mempunyai kebiasaan pola makan yang tidak baik
d. Tidak mematuhi petunjuk dokter dalam pengobatan
e. Tidak pernah berolahraga
f. Tidak menyebutkan obat-obatan yang dikonsumsi selain dari yang dianjurkan dokter
g. Meminum obat sesuai anjuran orang lain

Hasil penelitian juga mendapatkan terdapat beberapa penyebab pasien tidak terbuka dalam menyampaikan informasi kepada dokter yaitu : pasien tidak ingin mendapat nasihat secara berlebihan dari dokter yang sifatnya menuduh, pasien merasa malu untuk terbuka, pasien tidak ingin menghabiskan waktu lebih banyak bersama dokter, pasien tidak mengetahui bahwa informasi itu berarti untuk dokter, pasien tidka ingin dianggap bodoh, pasien tidak ingin informasi yang disampaikan akan tercatat di rekam medis atau diketahui oleh keluarga pasien, pasien ingin membuat kesan baik di hadapan dokter, dan pasien mempunyai pengalaman buruk sebelumnya dengan dokter yang lain dalam hal menyampaikan informasi tentang kesehatannya secara terbuka.

Terlihat di sini pasien belum menyadari pentingnya transparansi informasi yang diberikan kepada dokter terutama untuk menunjang keberhasilan terapi dan mencegah timbulnya bahaya bagi pasien. Kepercayaan dan komunikasi yang baik

2018;1(7):e185293. doi:10.1001/jamanetworkopen.2018.5293, https://jamanetwork.com diakses pada 16 April 2022.

perlu ditingkatkan sehingga pasien merasa nyaman untuk menyampaikan dengan terbuka informasi yang dimilikinya berkaitan dengan kesehatannya kepada dokter.

Pasien perlu memahami bahwa transparansi dalam komunikasi yang diawali dengan timbulnya kepercayaan dari pasien kepada dokter atau fasilitas pelayanan kesehatan yang didatanginya merupakan salah satu kunci utama dalam keberhasilan pengobatan pasien. Dokter harus menjelaskan hal ini kepada pasien secara aktif. Karena bukan tidak mungkin pasien dengan keterbatasan pengetahuannya terutama tentang medis tidak menyadari informasi dalam bentuk atau sekecil apapun mungkin akan berguna bagi dokter untuk menegakkan diagnosis dan memberikan terapi bagi pasien.

Peraturan perundang-undangan yang ada saat ini belum mengakomodasi transparansi komunikasi antara dokter dan pasien dalam transaksi terapeutik berikut akibat hukumnya. Meskipun sudah dijabarkan tentang hak dan kewajiban dokter maupun pasien untuk saling memberikan informasi dalam transaksi terapeutik, tetapi masih belum jelas regulasi tentang sanksi apabila transparansi dalam komunikasi ini tidak terlaksana. Sebagai contoh dalam hal terjadinya *contribute negligence* karena pasien tidak memberikan informasi sesuai pengetahuannya terkait penyakit atau riwayat penyakitnya sehingga terjadi risiko medis dari pengobatan yang diberikan oleh dokter.

Kasus *Mackey v Greenview Hospital*[602], pada kasus ini Ny. Clarks yang sudah dijadwalkan untuk operasi biopsi payudara dan datang ke rumah sakit sehari sebelum tindakan dilakukan untuk dilakukan asuhan keperawatan oleh perawat dan pada saat itu Ny. Clark menyebutkan bahwa dia mengkonsumsi obat *Lasix* sebelum datang ke rumah sakit. Sayangnya dokumen asuhan keperawatan ini tidak terlampir di dalam dokumen pasien sehingga tidak ada seorang dokter pun yang mengetahui. Keeseokan harinya pada saat akan menjalani operasi, dua orang dokter bertemu dengan Ny. Clark dan menanyakan apakah pasien mengkonsumsi obat tertentu dan pasien menjawab tidak, demikian juga saat dokter menanyakan apakah ada riwayat penyakit lain sebelumnya pasien juga menjawab tidak. Akhirnya operasi dilakukan dan pada saat operasi Ny. Clark mengalami henti jantung serta mengalamai kerusakan otak permanen.

Keluarga Ny. Clark menuntut kedua dokter dengan gugatan malpraktik. Pada saat di persidangan pihak tergugat melawan dengan dasar adanya *contribute negligence* dari pasien karena pasien tidak memberikan informasi dengan jujur tentang riwayata penyakitnya dan itu yang menjadi penyebab terjadinya henti jantung dan kerusakan otak permanen. *Jury* sepakat dengan alasan tergugat dan menyatakan tergugat tidak bersalah. Hakim juga beranggapan bahwa dengan menanyakan riwayat pasien maka dokter sudah berusaha untuk menyadari dan juga berusaha agar pasien secara aktif menjelaskan riwayat penyakitnya sehingga apabila pasien tidak memberikan informasi maka dokter tidak dapat dipersalahkan

[602]Lisa Panique, 'Can Patients Contribute to Medical Negligence?', *Virtual Mentor,* April pada dari https://journalofethics.ama-assn.org/sites/journalofethics.ama-assn.org/files/2018-07/hlaw1-0304.pdf diakses pada 17 April 2022.

karena kesalahan diagnosis, apalagi selanjutnya diketahui bahwa dua minggu sebelumnya pasien mengalami keluhan nyeri dada, pucat, dan keringat dingin yang merupakan tanda khas suatu kelainan jantung serta mendapatkan obat nitogliserin. Seandainya Ny. Clark menjelaskan riwayat penyakitnya tentunya dokter akan menunda tindakan operasi sehingga kemungkinan tidak akan terjadi kekurangan kadar kalium dalam darah akibat konsumsi *Lasix*. Meskipun pihak penggugat menyampaikan bahwa Ny. Clark telah menjelaskan bahwa dia mengkonsumsi *Lasix* kepada perawat sehari sebelumnya, tetapi hakim menyetujui pendapat juri bahwa ketidakjujuran pasien yang menyebabkan kejadian henti jantung dan dokter tidak mempunyai kewajiban untuk memeriksa catatan perawat.

Pada sistem hukum *Common Law*, *contributory negligence* terjadi pada saat penggugat juga mempunyai kontribusi dalam terjadinya kerugian yang timbul bagi dirinya. Hal ini ditetapkan dengan *law reform (contributory negligence) act 1945*.[603] Dalam *contributory negligence* harus benar-benar dapat dibuktikan bahwa penggugat mempunyai andil dalam terjadinya kerugian atau penggugat meletakkan dirinya dalam posisi yang memang membahayakan dirinya sendiri. Penggugat juga tidak berhati-hati dalam tindakannya sehingga berisiko membahayakan dirinya, contohnya apabila suatu kecelakaan lalu lintas terjadi dimana pengemudi tidak memakai sabuk pengaman atau helm pelindung kepala.[604] Selain itu juga menjadi catatan bahwa penyebab terjadinya kerugian tersebut sudah dapat diduga akibat tindakan yang tidak berhati-hati dari penggugat

[603]Carol Brennan, *Concentrate Tort Law 3rd edition*, Oxford University Press, 2015, h.201.
[604]*Ibid*., h.202

tersebut. Misalnya contoh kasus *Jones v Livox Quarries Ltd* (1952)[605] seorang pekerja sebagai penggugat menaiki kendaraan kerja di bagian belakang yang memang sudah menjadi larang dari pihak pemberi kerja. Pada akhirnya pekerja tersebut ditabrak oleh kendaraan lain dari belakang. Karena sebenarnya sudah ada larangan dari pihak pemberi kerja tentang hal tersebut maka terjadinya kecelakaan tersebut ada unsur kontribusi dari pekerja akibat perbuatannya.

Prinsip lain yang bisa diambil dari sistem hukum *Common Law* adalah *voluntary assumption of risk (volenti non fit injuria)* dimana seorang penggugat dianggap secara sukarela menyetujui adanya risiko atau kerugian yang mungkin timbul.[606] Syarat dari berlakunya prinsip ini seperti halnya pada *consent* adalah adanya persetujuan, persetujuan itu dibuat secara sukarela, penggugat mengetahui secara penuh akan risiko yang mungkin timbul.[607] Jadi apabila tidak ada persetujuan dan tidak ada pengetahuan yang diketahui secara utuh dan jelas maka prinsip ini tidak dapat berlaku. Jika dikaitkan dengan *informed consent* maka dokter harus dapat dipastikan sudah memberitahukan segala sesuatu secara jelas dan transparan kepada pasien sebelum pasien memberikan persetujuan.

Kedua prinsip pembelaan dari tergugat seperti halnya dalam sistem hukum common law tersebut yakni *contribute negligence* dan *volenti non fit injuria* ini seharusnya dapat diterapkan dalam transaksi terapeutik. Peraturan perundangan-undangan tentang kewajiban pasien persetujuan tindakan medis dapat

[605]*Ibid*., h.203.
[606]*Ibid.*, h.201.
[607]*Ibid.*, h.206.

menambahkan perihal *contribute negligence.* Menurut penulis istilah yang dapat dipakai dalam bahasa Indonesia adalah "kontribusi kelalaian pasien" atau "penyertaan kelalaian pasien". Demikian juga dengan perihal *voluntary assumption of risk (volenti non fit injuria)* seharusnya juga dapat diterapkan dalam transaksi terapeutik di Indonesia dan dimasukkan dalam peraturan perundang-undangan yang mengaturnya. *Voluntary assumption of risk* apabila ditulis dalam peraturan perundang-undangan dapat dipakai istilah "asumsi risiko sukarela".

Namun syarat untuk berlakunya *contribute negligence* dan *voluntary assumption of risk* harus dipertimbangkan dengan baik sehingga tetap berlaku secara proporsional dalam menegakkan keadilan, misalnya tidak serta merta dokter dapat dibebaskan dari gugatan malpraktik dengan kedua dasar ini namun di sisi lain dokter juga tidak dapat digugat apabila jelas secara nyata ada kontribusi pasien dalam timbulnya kerugian secara langsung. Penulis berpendapat syarat-syarat yang harus ditetapkan untuk berlakunya kedua prinsip ini adalah :

a. Dokter sudah menjelaskan secara jujur, transparan kepada pasien baik tentang diagnosis penyakit, tindakan yang akan dilakukan, maupun tentang risiko yang mungkin timbul sesuai ketentuan yang berlaku.
b. Dokter terbukti telah secara aktif menanyakan kepada pasien baik tentang riwayat penyakitnya maupun apakah pasien sudah jelas menerima penjelasan tersebut misalnya dengan aktif bertanya serta dengan ditandai pasien memberikan paraf atau tanda lain pada poin yang dijelaskan dokter.
c. Ada serah terima dari perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan kepada dokter apabila ada catatan khusus tentang pasien yang ditemukan saat

dilakukan asuhan keperawatan, tidak seperti halnya kasus *Mackey v Greenview Hospital* atau riwayat medikamentosa pasien sebelumnya ditulis pada catatan khusus yang juga wajib dibaca oleh dokter dan pemberi asuhan perawatan lain.

d. Semua tercantum dan tercatat dalam rekam medis secara lengkap.
e. Dapat dibuktikan secara jelas bahwa akibat kerugian yang terjadi pada pasien adalah akibat dari kekurangcermatan atau kekurang hati-hatian pasien sendiri tanpa ada sama sekali kontribusi dokter.

Dalam hal pembatalan tindakan kedokteran yang akan dilakukan oleh dokter, Pasal 5 ayat (1) permenkes persetujuan tindakan kedokteran menyebutkan bahwa persetujuan dapat ditarik atau dibatalkan oleh yang memberikan persetujuan sebelum tindakan dilakukan. Terlihat di sini bahwa yang dapat membatalkan atau menarik persetujuan hanyalah pihak pasien dan atau keluarganya sedangkan dokter tidak dapat membatalkan tindakan kedokteran kecuali ada alasan lain yang berkaitan dengan keselamatan atau kepentingan pasien. Pasal 7:460 NBW menyebutkan hal yang serupa yaitu "*The care provider shall not terminate the medical treatment agreement, unless there are compelling reasons for doing so".*

Seperti halnya tercantum dalam fatwa etik kedokteran tentang hubungan dokter-pasien dan etika terminasinya,[608] dokter harus menyadari tentang pemberdayaan pasien dalam relasi dokter-pasien. Dokter berkewajiban untuk

[608]IDI, Lampiran Surat Keputusan Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Nomor 460/PB/K.MKEK/03/2022 Fatwa Etik Kedokteran Tentang Etika Hubungan Dokter-Pasien dan Terminasinya.

memberikan pertolongan kepada pasien tetapi tetap harus berdasarkan keputusan bersama *(mutual consent)*. Pada situasi tertentu dapat terjadi keterbatasan dan hambatan dalam pola komunikasi dokter dan pasien. Selayaknya kedua pihak menyadari hal ini namun tetap mengikuti peraturan yang berlaku. Menurut fatwa etik tersebut hubungan dokter dan pasien dapat berakhir sementara ataupun permanen misalnya saat pasien mencari pendapat kedua dari dokter lain atau dari fasilitas pelayanan kesehatan yang lain.

Hak untuk mengakhiri hubungan tersebut dapat dilakukan oleh kedua belah pihak. Namun saat ini yang diatur adalah pengakhiran hubungan tersebut adalah oleh pasien dan/atau keluarganya. Apabila hal ini terjadi dokter harus menghargai keputusan tersebut. Adanya fakta etik tentang pengakhiran hubungan dokter-pasien, dokter mempunyai hak untuk mengakhiri relasi apabila pasien dan/atau keluarganya melakukan intimidasi baik secara verbal maupun perbuatan kepada dokter, petugas kesehatan yang lain, ataupun terhadap fasilitas layanan kesehatan. Namun disebutkan juga bahwa dokter harus memberitahukan hal ini kepada pasien dan/atau keluarganya termasuk risiko-risikonya. Ketentuan ini hanya berlaku untuk pasien yangn tidak mengalami gangguan kejiwaan atau gangguan perilaku akibat penyakitnya. Apabila segala bentuk intimidasi ini terjadi tetapi pasien dalam kondisi harus mendapatkan pertolongan segera maka dokter tetap harus menolong pasien. Sedangkan apabila tidak dalam kondisi kegawatan dan kondisi pasien memungkinkan maka dokter dapat melakukan transfer pasien ke pelayanan kesehatan atau dokter lain dengan kompetensi yang sama dengan persetujuan dokter yang akan dilakukan rujukan. Segala hal yang terjadi baik

mengenai intimidasi atau kekerasan yang dilakukan harus tercatat dalam rekam medis, demikian juga catatan kesehatan pasien harus tercatat lengkap dalam rekam medis sehingga dapat digunakan pasien untuk mendapatkan pengobatan selanjutnya.

Pengakhiran hubungan dokter dan pasien ini seharusnya diatur dengan lebih jelas dan pasti tidak hanya sebatas fatwa etik MKEK yang tidak mempunyai kekuatan hukum tetapi hanya sebagai himbauan. Fatwa bersifat kasuistik dan merupakan respon atas jawaban dari pencari fatwa sehingga tidak mempunyai daya ikat yang artinya si peminta fatwa tidak harus mengikuti substansi yang ada tetapi bersifat dinamis seusai persoalan yang dihadapi.[609] Demikian juga halnya dalam tata urutan peraturan perundangan-undangan di Indonesia, fatwa tidak mempunyai kekuatan hukum. Maka perihal pengakhiran hubungan hukum dalam transaksi terapeutik seharusnya lebih jelas diatur dalam peraturan perundangan-undangan misalnya secara khusus diatur dalam undang-undang praktik kedokteran atau di peraturan tentang hak dan kewajiban dokter dan pasien.

3.5.3 Pembaruan hukum dalam transaksi terapeutik yang mencerminkan transparansi

Perkembangan kehidupan masyarakat yang makin kompleks saat ini menyebabkan makin berkembangnya risiko yang mungkin menghambat dalam hubungan atau transaksi para pihak sehingga diperlukan langkah perlindungan

[609]Masnun Tahir, ‘Menimbang Etika Berfatwa Dalam Pemikiran Hukum Islam’, pada dari file:///C:/Users/HP/Downloads/1312-Article%20Text-2962-2-10-20160303.pdf diakses pada 17 April 2022.

hukum.[610] Pembahasan dalam rencana pembaruan hukum perjanjian nasional meliputi beberapa hal di antaranya :[611]

a. Sejauh mana pelaksanaan asas kontrak yang tradisional yaitu kebebasan berkontrak atau *pacta sunt servanda* masih mampu mengupayakan keadilan dan kepastian bagi para pihak
b. Pancasila sebagai pandangan hidup bangsa Indonesia seharusnya menjadi landasan utama dalam pembangunan hukum nasional Indonesia
c. Adanya konvergensi asas dalam BW yang bersumber dari *civil law* dengan asas yang tumbuh dari tradisi *common law*
d. Sejauh mana hukum perjanjian nasional nantinya dapat diterapkan pada kontrak yang sifatnya *borderless* dan *paperless* seiring berkembangnya teknologi (contohnya *e-contract, e- transaction*).
e. Apakah BW saat ini hanya perlu dilakukan penyesuaian saja atau harus dilakukan perombakan total dan merumuskan Hukum Perjanjian Nasional Indonesia.

BW yang berlaku sekarang merupakan produk politik hukum Belanda yang waktu itu dipakai saat menjajah Indonesia sehingga tentunya lebih didasari pada kepentingan Belanda dengan berdasar nilai-nilai yang ada di negeri Belanda yang menjunjung tinggi hak perorangan. Indonesia semestinya saat ini mempunyai politik hukum tersendiri yang didasarkan pada nilai-nilai luhur

[610]Naskah Akademik Rancangan Undang-Undang Hukum Kontrak, Badan Pembinaan Hukum Nasional Kementrian Hukum dan HAM RI, 2013, h.2.
[611]*Ibid.*, h.5.

Pancasila.[612] Hukum yang ada di Indonesia khususnya terkait hukum perikatan harus dapat mewujudkan keadilan bagi siapa saja. Perkembangan hukum yang ada saat ini terutama dalam hal hukum kontrak adalah mencegah terjadinya ketidakseimbangan posisi tawar *(inequality of bargaining power),* yang didasari dengan asas itikad baik. Tujuan hukum harus dapat mefasilitasi kontrak bukan hanya sekedar melindungi yang lemah.[613]

Belanda saat ini sudah mengganti BW dengan NBW atau *The Dutch Civil Code* yang muatannya sangat berbeda dengan BW baik dari sisi substansi maupun sistematikanya. NBW yang berlaku saat ini terdiri dari 10 buku yaitu :[614]

- *Book 1 : natural person and family law*
- *Book 2 : legal persons*
- *Book 3 : property law in general*
- *Book 4 : law of succession*
- *Book 5 : real property rights*
- *Book 6 : obligations and contracts*
- *Book 7 and 7A : particular contracts*
- *Book 8 : transport law and means of transport*
- *Book 9 : intellectually property*
- *Book 10 : international private law*

Perkembangan terkait kontrak yang lain adalah pandangan bahwa kontrak dan *tort* dalam *common law* dianggap sebagai suatu kesatuan, bahkan disebutkan oleh Grant Gilmore dalam bukunya *The Death of The Contract* sebagai *contorts*.[615] Dalam mengembangkan suatu RUU hukum perikatan nasional, Indonesia dapat mengambil suatu model sebagai acuan, diantaranya UPICC

[612]Ery Agus Priyono, 'Pengaruh Globalisasi Ekonomi Terhadap Perubahan Peraturan Bidang Perjanjian di Indonesia', *Diponegoro Private Law Review*, Vol.3 No1, Oktober 2018, https://ejournal2.undip.ac.id/index.php/dplr/article/view/3827 diakses pada 5 November 2020.

[613]Stephen A.mSmith, *Atiyah's Introduction to the Law Of Contract, 6th edition*, Clarendon Press, Oxford, 2005, h.46.

[614] Hans Warendorf, Richard Thomas, dan Ias Curry-Summer, *The Civil Code of The Netherlands*, Wolters Kluwer, Netherlands, 2013.

[615]Grant Gilmore, *The Death of The Contract,* The Ohio State University Press, Columbus, 1995, h.98

(UNIDROIT Principles of International Contracts) yang merupakan salah satu kompilasi hukum kontrak perdagangan internasional. UPICC mempunyai kelebihan bersifat fleksibel dan memberikan aturan kontrak yang bersifat umum tidak terbatas pada jual beli. UPICC dianggap sebagai sumber utama yang mencerminkan aturan hukum yang lebih baik dalam kontrak internasional sehingga dapat dijadikan model bagi pembaruan hukum kontrak suatu negara. Misalnya bagi Indonesia, UPICC cukup sesuai karena memuat beberapa prinsip yang sudah dikenal dalam *civil law*. Menurut Munir Fuady, pembaruan hukum kontrak Indonesia harus memenuhi beberapa hal yaitu :[616]

a. Menyesuaikan dengan perkembangan jaman, teknologi, dan bisnis
b. Menyesuaikan dengan kesadaran hukum rakyat Indonesia
c. Menyesuaikan dengan filosofi Pancasila
d. Menyesuaikan dengan sistem hukum lain yang berpengaruh pada perkembangan hukum kontrak secara internasional

Pembaruan hukum perikatan di Indonesia lebih tepat dilakukan secara sebagian dalam arti bukan dilakukan rekodifikasi, tetapi ada hal-hal yang yang kiranya sangat penting dan mendesak untuk dilakukan pembaruan, di antaranya tentang batasan usia. Problem ini sering timbul terkait syarat sahnya perjanjian berdasarkan pasal 1320 BW adalah batasan usia dewasa atau kecakapan dalam melakukan perbuatan hukum. Ketentuan mengenai kecakapan seseorang dalam melakukan perbuatan hukum diatur secara beragam dalam peraturan perundangan

[616]Subianta Mandala, 'UPICC Sebagai Model Bagi Pembaruan Hukum Kontrak Indonesia dalam Rangka Masyarakat Ekonomi ASEAN', *Jurnal Media Hukum*, Vol.24. No.2/Desember 2017, https://journal.umy.ac.id/index.php/jmh/article/view/3075 diakses pada 6 November 2020.

Indonesia. Kondisi ini menyebabkan kerancuan untuk menentukan kapan seseorang dianggap cakap atau kompeten melakukan perbuatan hukum.[617] Menurut J. Satrio, kecakapan melakukan tindakan hukum dalam hukum perdata pada asasnya mereka yang dapat melakukan tindakan hukum secara sah dengan akibat hukum yang sempurna yakni mereka yang telah dewasa.[618]

Pasal 330 BW yang mengatur tentang usia dewasa, dianggap sudah tidak sesuai dengan perkembangan jaman.[619] Pasal 330 BW menyebutkan *"seseorang dianggap sudah dewasa jika sudah berusia 21 tahun atau sudah (pernah) menikah"*. Umur dewasa dalam BW dikaitkan dengan kemampuan orang untuk merumuskan kehendaknya dengan baik dan kesadaran atas akibat dari tindakannya.[620]

Batasan usia adalah penting karena suatu perjanjian yang dilakukan oleh orang yang tidak memenuhi syarat sahnya perjanjian dalam hal ini tidak memenuhi batasan usia maka perjanjian tersebut dapat dibatalkan. BW telah berlaku sejak 1848 dan banyak aturannya yang tidak sesuai dengan kondisi saat ini maka ada kelompok peneliti yang mengaganggap kedudukan BW sebagai

[617]Agustinus Dana Suka Dharma, 'Keberagaman Pengaturan Batas Usia Dewasa Seseorang Untuk Melakukan Perbuatan Hukum Dalam Peraturan Perundang-Undangan di Indonesia', *Jurnal Repertorium*, ISSN:2355-2646, Vol II No.2 Juli-Desember 2015, https://media.neliti.com/media/publications/213158-keberagaman-pengaturan-batas-usia-dewasa.pdf diakses pada 15 November 2020

[618]Ade Maman Suherman, J.Satrio, *Penjelasan Hukum Tentang Batasan Umur (Kecakapan dan Kewenangan Bertindak Berdasar Batasan Umur)*, National Legal Reform Program, Jakarta, 2010, h.34.

[619]Tuada Perdata, *Batasan Umur : Kecakapan dan Kewenangan Bertindak Berdasarkan Batasan Umur*, Rakernas 2011 Mahkamah Agung dengan Pengadilan Seluruh Indonesia, Jakarta 18-22 September 2011, https://putusan3.mahkamahagung.go.id/restatement/detail/11e939b30d9ec8a4a739313734313230.html diakses pada 15 Januari 2021.

[620]Ade Maman Suherman, J.Satrio, *Op.Cit,* h.21.

kelompok hukum yang mengisi kekosongan hukum yang belum diatur dalam hukum positif di Indonesia. Atau dengan kata lain KUHPer berlaku sepanjang belum ada aturan yang spesifik. Apabila sudah ada hukum positif yang secara spesifik mengatur sesuatu maka pengaturan dalam BW menjadi tidak berlaku. Prinsip ini sesuai juga dengan asas *lex specialis derogat lex generalis*, yaitu hukum yang khusus mengalahkan hukum yang umum serta asas *lex posteriori derogat lex priori*, yaitu aturan yang lebih baru yang dipakai sebagai patokan.[621] Saat ini di Indonesia memakai pedoman usia 18 tahun sebagai batasan usia dewasa sesuai Undang-Undang nomor 1 tahun 1974 tentang Perkawinan. Pada pasal 47 disebutkan *"anak yang belum mencapai umur 18 tahun atau belum pernah melangsungkan perkawinan ada di bawah kekuasaan orang tuanya selama mereka tidak dicabut dari kekuasaaannya".* Demikian juga pada pasal 50 tentang perwakilan disebutkan *"anak yang belum mencapai umur 18 tahun atau belum pernah melangsungkan perkawinan, yang tidak berada di bawah kekuasaaan orang tua, berada di bawah kekuasaan wali".* Beberapa contoh batasan umur 18 tahun sebagai usia dewasa atau bukan tergolong anak lebih banyak dipakai dalam peraturan perundang-undangan di Indonesia :

1. UU No. 39 Tahun 1999 tentang HAM, Pasal 1 angka (5) menyebutkan bahwa anak adalah setiap manusia yang berusia di bawah 18 tahun dan belum menikah termasuk anak dalam kandungan

[621] *Ibid*, h.69.

2. UU No. 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan, Pasal 1 angka (26) menyebutkan bahwa anak adalah setiap orang yang berumur dibawah 18 (delapan belas) tahun
3. UU No.2 Tahun 2014 Tentang Perubahan atas UU No. 30 Tahun 2004 tentang Jabatan Notaris, Pasal 39 angka (1) menyebutkan penghadap notaris berusia minimal 18 tahun atau telah menikah serta cakap melakukan perbuatan hukum, demikian pula pada Pasal 39 angka (2) yang mensyaratkan hal yang sama untuk saksi penghadap.
4. UU No. 12 Tahun 2006 tentang Kewarganegaraan Republik Indonesia pada Pasal 6 angka (3) tentang ketentuan pemilihan kewarganegaraan dilakukan oleh anak setelah berusia 18 tahun atau telah kawin, demikian juga ketentuan pasal 9 bahwa anak dapat mengajukan kewarganeraan Republik Indonesia apabila telah berusia 18 tahun atau telah kawin.
5. UU No. 21 Tahun 2007 tentang Pemberantasan Tindak Pidana Perdagangan Orang, Pasal 1 angka (5) menyebutkan bahwa Anak adalah seseorang yang belum berusia 18 tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan.
6. UU No. 44 Tahun 2008 tentang Pornografi Pasal 1 angka (4) menyebutkan anak adalah seseorang yang belum berumur 18 tahun.
7. UU No. 11 Tahun 2012 tentang Sistem Peradilan Pidana Anak pada Pasal 1 menyebutkan batasan usia bagi anak yang terlibat konflik pidana, anak yang menjadi tindak pidana, maupun anak yang menjadi saksi pidana adalah belum berumur 18 tahun.

8. UU No. 35 Tahun 2014 tentang Perubahan UU No.23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak menyebutkan pada Pasal 1 angka (1) anak adalah seseorang yang belum berusia 18 tahun termasuk anak dalam kandungan.

Dalam Pasal 1 angka (7) Permenkes Persetujuan Tindakan Kedokteran disebutkan :*"*pasien yang kompeten adalah pasien dewasa atau bukan anak menurut peraturan perundang-undangan atau telah/pernah menikah, tidak terganggu kesadaran fisiknya, mampu berkomunikasi secara wajar, tidak mengalami kemunduran perkembangan (retardasi) mental dan tidak mengalami penyakit mental sehingga mampu membuat keputusan secara bebas". Kelemahan pernyataan dari Permenkes tersebut adalah tidak memberikan batasan umur "dewasa atau bukan anak", karena dalam BW sendiri tidak dipakai dan tidak dijabarkan istilah dewasa. Oleh karena itu batasan yang dipakai adalah berdasar Undang-Undang Perkawinan, bahwa anak adalah mereka yang belum mencapai umur 18 tahun.[622] Di Indonesia untuk mengatasi kerancuan batasan umur untuk melakukan perbuatan hukum, salah satunya dengan diterbitkan Surat Edaran Nomor 7 tahun 2012 tentang Rumusan Hukum Hasil Rapat Pleno Mahkamah Agung Sebagai Pedoman Pelaksanaan Tugas Bagi Pengadilan. Dalam hasil rapat kamar perdata tanggal 14-16 maret 2012 dijabarkan bahwa dewasa adalah cakap bertindak dalam hukum yaitu orang yang telah mencapai umur 18 tahun atau telah kawin.[623]

[622]Ade maman Suherman, J.Satrio, *Op cit.,* h.85.
[623]Agustinus Danan Suka Dharma, *Op cit.,* h.175.

Permasalah tentang batasan umur ini salah satu hal yang mendasari urgensi pentingnya pembaruan hukum perikatan di Indonesia. Sebagai contoh dalam NBW telah disebutkan dengan jelas tentang batasan usia. Pada Pasal 7:447 NBWdisebutkan tentang batasan usia yang dipakai adalah 16 tahun. Pada usia tersebut seseorang dianggap telah mempunyai kewenangan untuk menentukan kontrak bagi perawatan dirinya sendiri. Pada pasal 448 disebutkan bahkan pada anak yang belum mencapai usia 12 tahun, berdasarkan kepatutan menurut kapasitas mentalnya, berhak untuk menerima informasi tentang tindakan yang akan dilakukan padanya. Namun demikian pada anak dengan usia telah mencapai 12 tahun dan di bawah 16 tahun, persetujuan dan penjelasan kepada orang tua atau wali tetap diperlukan.

Penetapan batasan usia cakap untuk mengambil keputusan dan menandatangani *informed consent* ini perlu dilakukan, mengingat masih belum seragamnya batasan usia yang ada dalam peraturan perundangan-undangan sebagai *lex specialis* dalam hubungan dokter dan pasien misalnya undang-undang praktek kedokteran ataupun permenkes tentang persetujuan tindakan kedokteran. Batasan usia ini juga perlu diberikan untuk menentukan usia yang dianggap cakap untuk bertindak sebagai saksi dalam penandatanganan *informed consent.* Pada Pasal 7:447 NBW memberikan batasan usia 16 tahun untuk dapat melakukan transaksi terapeutik bagi dirinya sendiri (*A minor who has reached the age of sixteen years has the legal capacity to enter into a medical treatment agreement for himself and to perform juridical acts that immediately relate to that agreement).* Sedangkan pada Pasal 7:448 NBW disebutkan bahwa dokter tetap

harus memberikan penjelasan atau informasi dengan cara yang dapat dipahami pada pasien anak di bawah usia 12 tahun. Hal ini tentunya dari sisi etika sebagai penghargaan terhadap manusia bukan hanya terhadap otonomi. Pasal 7:450 angka (2) dan (3) menyebutkan situasi khusus yaitu pada pasien berusia 12-16 tahun masih diperlukan keputusan dari orang tua atau wali, kecuali dalam situasi yang mengancam jiwa pasien dan pasien setuju untuk dilakukan tindakan meskipun sebelumnya telah dilakukan penolakan. Berdasarkan hal ini maka meskipun BW belum mengatur secara khusus tentang transaksi terapeutik tetapi akan lebih baik jika di dalam peraturan peundang-undangan yang ada sebagai *lex specialis* mengatur dengan lebih jelas tentang kecakapan pasien terutama terkait batasan usia kompeten.

Malpraktik atau *malpractice* di dalam Black's Law Dictionary dijabarkan sebagai "i*n instance negligence or incompetence on the part of a professional"*. Sedangkan *medical malpractice* adalah *"a doctor's failure to exercise the degree of care and skill that a physician or surgeon of the same medical specialty would use under under similar circumstances"*. [624] Jadi di dalam istilah malpraktik medis terdapat dua hal utama yaitu : dokter sebagai profesional, gagal untuk melakukan tindakan atau perawatan sesuai standar yang seharusnya dilakukan oleh dokter dalam bidang yang sama dalam kondisi atau situasi yang sama.

Istilah *medical malpractice* merupakan konsep pemikiran Anglo Amerika, karena berkembang dari sistem dari sistem hukum *tort.* Awalnya istilah ini tidak dikenal di Indonesia, seperti halnya tidak ada peraturan perundang-undangan di

[624] Bryan A.Garner, *Op.Cit*, h.3043.

Indonesia hingga saat ini yang menggunakan istilah malpraktik. Menurut John D.Blum yang dimaksud *medical malpractice* adalah suatu bentuk *professional negligence* yang oleh pasien dapat dimintakan ganti rugi apabila luka atau cacat yang diakibatkan langsung oleh dokter yang melaksanakan profesi itu dapat diukur *(….professional negligence…in which measurable injury occurs to a plaintiff patient as a direct result of an act or omission by defendant practitioner*).[625]

Menurut Ninik Mariyanti, malpraktik mempunyai pengertian yang luas yang dapat dijabarkan dalam beberapa unsur :[626]

a. Dalam arti umum malpraktik diartikan sebagai yang tidak memenuhi standar profesi (dalam hal ini dokter, karena yangdibahas adalah *medical malpractice*).[627]
b. Dakam arti khusus (dilihat dari sisi pasien), malpraktik dapat terjadi dalam hal penegakan diagnosa, melakukan tindakan misalnya operasi, selama menjalankan perawatan, ataupun setelah melakukan perawatan (dalam waktu yang sudah ditentukan), bahkan hingga sembuhnya pasien.

Malpraktik seringkali ditulis sebagai malapraktik. Apabila disejajarkan dengan istilah malapetaka yang dalam kamus Bahasa Indonesia diartikan sebagai kecelakaan, musibah, bencana, kesengsaraan. Kecelakaan atau musibah merupakan hal yang tidak dapat diduga seperti halnya dalam bidang kedokteran

[625]Hermien Hadiati Koeswadji, *Op.Cit.,* h.122.
[626]Ninik Maryanti, *Malpraktik Kedokteran Dari Segi Hukum Pidana dan Perdata*, Penerbit Bina Aksara, Jakarta, 1988, h.38.
[627]Badan Pengembangan dan Pembinaan Bahasa, *KBBI Daring*, Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi Republik Indonesia, 2016, https://kbbi.kemdikbud.go.id/ diakses pada 8 Januari 2022.

yang dapat disamakan dengan bencana itu dapat timbul karena unsur tidak sengaja yang seharusnya tidak dilakukan. Karena itu menurut J. Guwandi, istilah malpraktik dalam profesi medis akan menimbulkan konotasi yang buruk yang merugikan dan tidak adil bagi profesional di bidang kesehatan. J. Guwandi mengusulkan istilah "perkara tindak medik" untuk menggantikan istilah malpraktik, dengan alasan bahwa dokter tidak dapat dianggap melakukan tindakan malpraktik sebelum dibuktikan. Hal ini sesuai dengan penerapan asas praduga tak bersalah.[628] Masyarakat memandang malpraktik sebagai praktik dokter atau tindakan kedokteran yang menimbulkan kerugian dan dianggap seolah-olah bersalah tanpa memandang unsur subjektif (sikap batin) pembuatnya. Pertimbangan dalam penetuan suatu malpraktik tentunya tidak dapat dipisahkan dari sikap batin dokter dalam melakukan tindakan atau perawatn pada pasiennya.[629] Selain itu penetuan malpraktik harus mempertimbangkan akibat karena tidak ada malpraktik tanpa timbulnya kerugian pada penerima layanan kesehatan dalam hal ini adalah pasien.

Malpraktik dokter merupakan suatu konflik hukum antara dokter dengan kepentingan hukum umum, atau antara dokter dengan pasiennya. Penyelesaian konflik hukum ini berupa pertanggungjawaban dokter terhadap akibat buruk yang ditimbulkan pada pasien, yang difokuskan pada akibat buruk yang timbul pada pasien. Sehingga berat ringannya pertanggungjawaban yang dibebankan pada

[628]*Ibid*., h.40
[629]Adami Chazawi, *Malapraktik Kedokteran,* Sinar Grafika, Jakarta, 2016, h.6

dokter disesuaikan dengan akibat atau kerugian yang ditimbulkan. Menurut Adami Chazawi, malpraktik dapat disimpulkan mengandung beberapa unsur :[630]

1. Adanya perbuatan (aktif maupun pasif yaitu tidak melakukan perbuatan apa-apa yang seharusnya diperbuat dokter)
2. Perbuatan dilakukan oleh dokter atau orang di bawah perintahnya
3. Dilakukan terhadap pasien
4. Ada unsur sengaja maupun kelalaian
5. Bertentangan dengan standar profesi, standar prosedur operasional, prinsip profesional kedokteran, melanggar hukum, misalnya dilakukan tanpa wewenang atau tidak sesuai kebutuhan medis pasien dan lain-lain
6. Menimbulkan kerugian pada pasien baik fisik atau mental
7. Membentuk pertanggungjawaban hukum bagi dokter

Definisi profesi dokter yang disampaikan oleh Veronica Komalawati adalah pengemban profesi dan mengabdikan dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan ketrampilan melalui Pendidikan di bidang kedokteran yang memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. Sebagai profesi, dan sebagaimana profesional yang lain maka dokter mempunyai ciri-ciri :[631]

1. Merupakan suatu pekerjaan yang dilakukan oleh ahli yang terampil dalam menerapkan pengetahuan secara sistematis.
2. Mempunyai kompetensi yang eksklusif.
3. Adanya pendidikan yang intensif dalam disiplin ilmu tertentu.

[630] *Ibid*., h.9

[631] Veronica Komalawati, *Op.Cit*., h.19

4. Mempunyai tanggung jawab mengembangkan pengetahuan dan ketrampilannya.
5. Mempertahankan kehormatannya.
6. Mempunyai pedoman etik.
7. Cenderung mengabaikan pengendalian dari masyarakat atau individu.
8. Pelaksanaannya dipengaruhi oleh masyarakat, organisasi profesional terutama adanya pengakuan terhadap kemandirian profesi (otonomi).

Kemandirian profesi ini melahirkan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional sebagai pedoman dan pemberi arah praktik kedokteran yang ditentukan oleh kelompok profesi. Pemerintah tidak menentukan standar ini melainkan hanya menentukan kewajiban dokter untuk menaati standar tersebut serta memberikan sanksi ancaman hukuman terhadap pelanggaran terhadap standar yang telah dibuat.[632] Organisai profesi yang dimaksud di sini sesuai Pasal 1 UU Praktik kedokteran adalah Ikatan Dokter Indonesia (IDI) untuk dokter dan Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PDGI) untuk dokter gigi. Menurut Pasal 1 UU Tenaga Kesehatan, standar profesi dan standar operasional prosedur dijabarkan pada angka 12 sampai dengan 14 yaitu :

> *(12) Standar Profesi adalah batasan kemampuan minimal berupa pengetahuan, keterampilan, dan perilaku profesional yang harus dikuasai dan dimiliki oleh seorang individu untuk dapat melakukan kegiatan profesionalnya pada masyarakat secara mandiri yang dibuat oleh organisasi profesi bidang kesehatan.*
>
> *(13) Standar Pelayanan Profesi adalah pedoman yang diikuti oleh Tenaga Kesehatan dalam melakukan pelayanan kesehatan.*
>
> *(14) Standar Prosedur Operasional adalah suatu perangkat instruksi/langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan proses kerja*

[632]Adami Chazawi, *Op.Cit*., h.23.

rutin tertentu dengan memberikan langkah yang benar dan terbaik berdasarkan konsensus bersama untuk melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh Fasilitas Pelayanan Kesehatan berdasarkan Standar Profesi

Hal yang sama juga tertulis di Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2052/Menkes/Per/X/2011 Tentang Izin Praktik Dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran. Beberapa hal yang perlu menjadi perhatian dalam hal standar ini adalah :

a. Kewenangan adalah kewenangan secara hukum yang diberikan oleh pihak yang berwenang kepada dokter untuk menjalankan praktik yang dibuktikan dengan surat tanda registrasi (STR). Kompetensi adalah kompetensi adalah kemampuan seseorang yang didasarkan ilmu pengetahuan, keterampilan dan sikap profesional untuk menjalankan praktik yang dibuktikan dengan sertifikat kompetensi yang dimilikinya. Sehingga seorang yang sudah menempuh pendidikan kedokteran dan telah dinyatakan sudah memiliki kompetensi belum tentu mempunyai kewenangan apabila secara hukum belum dianggap memiliki kewenangan dengan adanya STR.
b. Kompetensi, terdiri atas tiga unsur yang saling terkait, yaitu: pengetahuan *(knowledge),* keterampilan *(skill),* dan sikap profesional *(attitude)*. [633]
c. Kemampuan rata-rata, menurut Van der Mijn mengukur kemampuan rata-rata seorang bukanlah hal yang mudah karena sangat dipengaruhi banyak faktor.

[633]Dhani Kurniawan dan Veronica Komalawati, 'Kompetensi Dan Kewenangan Praktik Kedokteran: Perspektif Hukum Di Indonesia', *Jurnal Ilmiah Hukum De'Jure: Kajian Ilmiah Hukum*, Volume 3, Nomor 1, Mei 2018, h.152, https://journal.unsika.ac.id/index.php/jurnalilmiahhukumdejure/article/download/1891/1527/5181 diakses pada 1 Januari 2022.

Misalnya berapa lama dia telah lulus dari pendidikan, lingkungan termasuk faktor dan fasilitas pendukung. Sedangkan ketelitian rata-rata adalah ketelitian yang harus dilakukan dokter berdasarkan penilaian umum dalam kondisi yang sama.[634] Standar yang dipakai adalah standar minimum. Hal ini tampak pada Pasal 51 angka 2 UU Kesehatan yaitu upaya kesehatan didasarkan pada standar minimal pelayanan kesehatan.

Di dalam pembahasan tentang malpraktik secara umum ada hal-hal menarik yang masih belum ada pengaturan yang jelas di dalam peraturan perundang-undangan diantaranya adalah jika terjadi gugatan apabila terdapat dugaan malpraktik. Pada umumnya malpraktik mengarah pada gugatan perdata. Gugatan perdata di sini berupa gugatan contentiosa yang mengandung sengketa para pihak yang diajukan pada pengadilan oleh para pihak berupa sengketa hukum *(disputes)*.[635] Seperti halnya dalam sengketa yang lain, maka dalam sengketa medis harus ditentukan apakah gugatan yang diajukan tergolong sebagai wanprestasi atau perbuatan melanggar hukum. Pada prinsipnya setiap gugatan berdiri sendiri, namun dalam batas tertentu memang diperboleh menggabungkan gugatan asal terdapat koneksitas atau hubungan erat *(innerlijke samenhang)*.[636] Tujuan penggabungan ini adalah mewujudkan peradilan sederhana dan menghindari putusan yang saling bertentangan.[637] Bentuk penggabungan yang diperbolehkan adalah kumulasi subjektif yakni di dalam surat gugatan terdapat

[634]Endang Kusuma Astuti, *Transaksi Terapeutik Dalam Upaya Pelayanan Medis di Rumah Sakit, Citra Aditya Bakti, bandung, 2009*, h.35.
[635]Yahya Harahap, *Ibid*., h.47.
[636]*Ibid.*, h.102.
[637]*Ibid.*, h.104

beberapa penggugat atau beberapa tergugat serta kumulasi objektif yaitu menggabungkan beberapa gugatan dalam satu gugatan asalkan salah satu syaratnya gugatan yang digabungkan tidak tunduk pada hukum acara yang berbeda.[638] Gugatan dalam dugaan malpraktik selama ini lebih sering dimasukkan sebagai gugatan perbuatan melanggar hukum. Kesalahan dalam merumuskan dalil gugatan *(fundamentum petendi)* akan menyebabkan gugatan kabur atau gelap *(obscuur libel)*.[639]

Ruang lingkup kerugian dalam perbuatan melanggar hukum tentunya memiliki dimensi yang berbeda dengan wanprestasi, meskipun keduanya memiliki persamaan dapat diajukan tuntutan ganti rugi. Penggugat seringkali mencampuradukkan antara gugatan wanprestasi melanggar hukum, misalnya mengajukan gugatan melanggar hukum namun dari dalil-dalil yang dikemukakan terlihat bahwa gugatannya adalah wanprestasi.[640] Tanggung gugat wanprestasi berisi tuntutan agar debitur melaksanakan kewajiban kontraktualnya dengan disertai atau tidak disertai tuntutan ganti kerugian yang timbul, dimana tuntutan ini berdasarkan hak dan kewajiban yang tertuang dalam perjanjian dan tidak dibenarkan mengajukan tuntutan di luar ketentuan yang sudah diatur dalam perjanjian tersebut. Sedangkan gugatan dalam perbuatan melanggar hukum,

[638]*Ibid*., h.108.
[639]*Ibid*., h.57.
[640]Rai Mantili, Sutanto, 'Kumulasi Gugatan Perbuatan Melawan Hukum dan Gugatan Wanprestasi Dalam Kajian Hukum Acara Perdata di Indonesia', *Dialogia Iuridica: Jurnal Hukum Bisnis dan Investasi*, Volume 10 Nomor 2, April 2019, p.001-018, h.2. 1210-Article Text-3091-1-10-20190510.pdf, diakses pada 16 April 2022

penggugat dapat mengajukan tuntutan hak yang tidak diatur dalam perundang-undangan. [641]

Pada wanprestasi berarti ada kewajiban atau prestasi yang tidak ditunaikan oleh pihak, dalam hal ini kedua pihak wajib memenuhi prestasi bukan hanya salah satu pihak.[642] Menurut Pasal 1238 BW, dalam prestasi untuk berbuat sesuatu maka batas waktu disebut wanprestasi adalah melampaui batas waktu yang telah ditentukan dalam perjanjian. Apabila dalam perjanjian tidak disebutkan jangka waktu pemenuhan prestasi maka untuk menyatakan debitur wanprestasi harus diberikan surat peringatan tertulis yang disebut dengan pernyataan lalai *(somasi)*.[643]

Pada perbuatan melanggar hukum apabila suatu perbuatan (berbuat maupun tidak berbuat) tidak melanggar hak subjektif orang lain atau tidak melanggar kewajiban hukumnya maupun undang-undang maka perbuatan tersebut tidak tergolong perbuatan melanggar hukum.[644] Makna perbuatan melanggar hukum tidak hanya secara aktif tetapi jika seseorang tidak berbuat sesuatu dimana seharusnya dia berbuat dan ternyata hal itu menimbulkan kerugian maka hal tersebut dapat tergolong sebagai perbuatan melanggar hukum. [645] Suatu perbuatan melanggar hukum dapat juga terjadi akibat hubungan hukum

[641]M.Khoidin, *Tanggung Gugat Dalam Hukum Perdata*, LaksBang Justitia, Yogyakarta, 2020, h.28.
[642]*Ibid*., h.32.
[643]*Ibid*., h.44.
[644]*Ibid*., h.72.
[645]Ibid., h.76.

kontraktual asalkan dapat dibuktikan unsur-unsur melanggar hukum yang terjadi dan unsur-unsur tersebut harus terpenuhi seluruhnya.[646]

Ajaran kausalitas penting dalam perbuatan melanggar hukum untuk menemukan hubungan timbal balik antara perbuatan melanggar hukum, kesalahan dengan kerugian yangada sehingga dapat dibebankan tanggung jawab pada pelaku untuk mengganti kerugian itu.[647] Terdapat dua teori dalam ajaran kausalitas *(oorzakeljik verband)*. Teori *conditio sine qua non*[648] yang dikemukakan oleh Von Buri atau disebut juga *equivalentie theorie.* Dalam teori ini tiap perbuatan yang merupakan syarat dari suatu akibat yang terjadi harus dianggap sebagai sebab dari akibat itu, dan syarat dari akibat itu adalah bila perbuatan itu tidak dapat ditiadakan maka tidak akan timbul suatu akibat. Teori kedua adalah *teori adequate* atau *adaequate veroorzaking*[649], yang mengajarkan bahwa pelaku dipertanggungjawabkan atas kerugian yang merupakan akibat dari perbuatan melanggar hukum yang secara layak dapat diperkirakan timbul. Mulai tahun 1927 *Hoge Raad* memakai teori ini yang dihubungkan dengan istilah akibat yang secara langsung dan seketika timbul atau akibat yang ditimbulkannya dapat diduga.

Apabila suatu kewajiban yang timbul dari perjanjian dilanggar maka pelanggaran itu tidak dapat digugat berdasarkan perbuatan melanggar hukum, namun dengan tidak dipenuhinya suatu perjanjian tidak menghalangi untuk menggugat berdasarkan perbuatan melanggar hukum apabila terdapat fakta-fakta

[646]*Ibid*., h.79
[647]*Ibid*., h.83.
[648]Leonora Bakarbessy, *Ibid.*, h.254.
[649]*Ibid*., h.256.

yang terlepas dari perjanjian.[650] Tuntutan pokok dalam perbuatan melanggar hukum harus didahului dengan peristiwa hukum apa yang telah dilanggar tergugat, tempat dimana peristiwa terjadi sehingga dapat disimpulkan bahwa perbuatan tersebut benar adanya mengenai gugatan perbuatan melawan hukum.[651]

Hukum positif di Indonesia tidak mengatur tentang kumulasi gugatan perdata meski peradilan sudah lama menerapkan kumulasi gugatan. Beberapa ahli berpendapat bahwa kumulasi gugatan perbuatan melawan hukum dan wanprestasi secara hukum tidak diperbolehkan. Namun pada praktiknya tidak semua hakim menolak perkara yang berisi kumulasi gugatan wanprestasi dan perbuatan melanggar hukum dalam satu gugatan dengan alasan apabila dalam gugatan terdapat posita wanprestasi dan perbuatan melanggar hukum, akan tetapi dengan tegas diuraikan secara terpisah maka gugatan dianggap merupakan kumulasi objektif yang dapat diterima.[652] Seperti halnya pendapat Rai Mantili,[653] gugatan wanprestasi dan perbuatan melanggar hukum tidak dapat digabung. Hal ini didasarkan pada terdapat perbedaaan dasar hukum tuntutan perbuatan melawan hukum dan wanprestasi yakni Pasal 1243 BW untuk wanprestasi dan Pasal 1365 BW untuk perbuatan melanggar hukum. Mahkamah Agung pernah mengeluarkan Yurisprudensi tentang kumulasi gugatan yaitu dalam Putusan MA No. 1875 K/Pdt/1984 tanggal 24 April 1986, yang menyebutkan bahwa: “Penggabungan

[650]M.Khoidin, *Ibid.*, h.116.
[651]Rai Mantili, Ibid., h.3.
[652]*Ibid.*, h.6.
[653]*Ibid.*, h.9.

gugatan perbuatan melawan hukum dengan perbuatan ingkar janji tidak dapat dibenarkan dalam tertib beracara dan harus diselesaikan secara tersendiri pula".[654]

Sengketa medis selalu digolongkan sebagai tanggung gugat perbuatan melanggar hukum dan bukan digolongkan sebagai tanggung gugat wanprestasi. Hal ini disebabkan karena dalam transaksi terapeutik antara dokter dan pasien tidak pernah ada perjanjian yang menjanjikan suatu hasil kepada pasien meskipun terdapat prestasi dari dokter untuk melakukan upaya terbaik dan kontra prestasi dari pasien untuk memberikan imbalan jasa. Wanprestasi dalam pelayanan kesehatan hanya dapat timbul dalam relasi antara pasien dengan rumah sakit, bukan antara pasien dengan dokter dalam arti pelayanan medis. Pasal-pasal yang mengatur tentang wanprestasi pada BW menggunakan istilah si berhutang dan si berpiutang. Penggunaan istilah "si berhutang" apabila dipadankan dengan kata *debt* dalam Black's Law Dictionary[655] mempunyai arti *one who owes an obligation to another, esp. an obligation to pay money*. Jadi dapat disimpulkan bahwa wanprestasi lebih tepat dihubungkan dengan prestasi dalam hal kebendaan atau hutang piutang meskipun pada Pasal 1239 terdapat pernyataan "perikatan-perikatan untuk berbuat sesuatu atau untuk tidak berbuat sesuatu, apabila si berutang…", masih terdapat istilah hutang dan piutang di sini. Menurut J Satrio[656] perikatan yang dibicarakan dalam buku 2 dan buku 3 BW adalah perikatan dalam arti sempit yaitu hubungan hukum dalam lapangan hukum kekayaan dimana di satu pihak (kreditur) terdapat hak dan pada sisi lain (debitur) terdapat kewajiban.

[654]*Ibid.,* h.12
[655]Bryan A Garner, Ibid., h.1219
[656]J.Satrio, *Wanprestasi Menurut KUHPerdata, Doktrin, dan Yurisprudensi*, Citra Aditya Bakti, Bandung, 2014, h.7.

Pada asasnya wanprestasi terbatas pada perikatan-perikatan yang mempunyai nilai uang saja karena biasanya berujung pada adanya tuntutan ganti rugi yang dinyatakan dengan penggantian sejumlah uang tertentu.[657] Pasal 1371 dan 1372 BW mengakui adanya ganti rugi atas dasar luka, cacat, dan rasa malu tetapi ketentuan itu tidak berlaku umum dan hanya berlaku untuk peristiwa yang disebutkan di sana saja.[658] Pasal 1381 BW menyebutkan salah satu sebab perikatan hapus adalah karena pembayaran. Pembayaran di sini dapat juga diartikan sebagai tindakan berprestasi. Karena perikatan merupakan bagian dari hukum kekayaan atau hak yang mempunyai nilai ekonomis maka prestasi perikatan pada prinsipnya merupakan prestasi yang dapat dinilai dengan uang.[659] Gugatan wanprestasi selalu berkaitan dengan ketetapan waktu, seperti tampak pada Pasal 1238 BW bahwa si berutang dianggap lalai dengan lewatnya waktu yang ditentukan. Pada transaksi terapeutik hampir tidak mungkin digunakan patokan waktu karena hasil pengobatan bukan saja tidak dapat dipastikan secara hasil tetapi juga secara waktu. Untuk membedakan sutau perikatan hasil atau perikatan upaya menurut J. Satrio,[660] apabila dalam suatu perikatan ada janji yang secara tegas-tegas dari debitur maka tergolong sebagai perikatan hasil. Selain itu dalam perikatan hasil *(resultaat verbintenis)* ada kewajiban bagi debitur untuk menjamin material yang digunakan untuk pelaksanaan kewajiban harus mempunyai sifat-sifat yang tepat untuk tujuan itu.

[657]*Ibid*., h.8.
[658]*Ibid*., h.9.
[659]*Ibid.*, h.16.
[660]*Ibid.*, h.94.

Perlunya penentuan bentuk gugatan dalam sengketa medis ini ada kaitannya dengan asas *ne bis in idem*, yaitu terhadap perkara yang sama tidak dapat diadili untuk kedua kalinya. Asas ini berlandaskan pada teori terikatnya para pihak pada putusan hakim *(bindende kracht)* dan teori kekuatan pembuktian *(bewijszende kracht)* disebut juga *litis finiri oportet* sesuai Pasal 1917 ayat (1) jo. Pasal 1920 BW dan Pasal 134 Rv artinya bahwa apa yang pada suatu waktu telah diputus oleh hakim dan sudah berkekuatan hukum tetap *(inkracht van gewijsde).*[661] Prinsip ini mengandung pengertian bahwa sebuah perkara dengan obyek sama, para pihak sama dan materi pokok perkara yang sama, yang telah diputus oleh pengadilan dan berkekuatan hukum tetap baik mengabulkan atau menolak, tidak dapat diperiksa kembali untuk kedua kalinya. Namun jika dalam sebuah perkara dengan obyek dan materi perkara yang sama, tetapi pihak-pihak yang bersengketa berbeda tidak termasuk *Nebis In Idem.*[662] Dengan lebih diperjelasnya teori *ne bis in idem* terutama dalam sengketa medis, maka akan memberikan landasan bahwa sengketa medis yang telah diajukan dengan gugatan perbuatan melanggar hukum tidak dapat lagi digugat dengan jenis gugatan yang sama apalagi dengan gugatan wanprestasi, karena secara filosofis sengketa medis tidak dapat digolongkan sebagai tanggung gugat wanprestasi

[661]Elisabeth Nurhaini Butarbutar,Asas Ne Bis In Idem Dalam Gugatan Perbuatan Melawan Hukum Kajian Putusan Nomor 65/PDT.G/2013/PN-RA, *Jurnal Yudisial* Vol. 11 No. 1 April 2018: 23 – 39, h.27, http://dx.doi.org/10.29123/jy.v11i1.167, diakses pada 16 April 2022.

[662] Vanggy Poli, Grace H. Tampongangoy, dan Grace M. F. Karwur, 'Analisis Yuridis Implementasi Asas Nebis In Idem Dalam Perkara Perdata (Studi Kasus Putusan Nomor: 145/Pdt.G/2017/Pn.Thn)', *Lex Privatum* Vol. IX/No. 4/Apr/EK/2021, h.125, https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/lexprivatum/article/viewFile/33351/31546, diakses pada 16 April 2022.

Berkenaan dengan daluwarsanya suatu penuntutan baik dalam bidang hukum pidana dan perdata. Di dalam Pasal 1946 BW disebutkan definisi daluwarsa adalah "…untuk dibebaskan dari suatu perikatan dengan lewatnya suatu waktu tertentu dan atas syarat-syarat yang ditentutan oleh undang-undang". Demikian juga dalam Pasal 78 KUHP disebutkan bahwa kewenangan menuntut pidana hapus karena daluwarsa. Sedangkan pada pasal 79 dibahas tentang tenggang waktu daluwarsa. Tetapi peraturan perundang-undangan dalam bidang kedokteran tidak mencantumkan secara jelas tentang daluwarsa ini, apakah dapat serta merta mengikuti peraturan yang ada dalam BW dan KUHP. Sedangkan berdasarkan Pasal 8 Permenkes Rekam Medis disebutkan bahwa Setelah batas waktu 5 tahun dilampaui, rekam medis dapat dimusnahkan kecuali ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medik yang dapat dimusnahkan setelah 10 tahun.

Apabila ditinjau lebih luas sehubungan dengan rentang waktu ini, dapat dipertimbangkan pula masih adanya kekosongan hukum tentang batas waktu untuk dapat dilakukan tuntutan dalam hal malpraktik medik. Di dalam buku ke-4BW dibahas tentang daluwarsa. Daluwarsa dapat berupa daluwarsa memperoleh atau daluwarsa membebaskan. Jenis daluwarsa yang dapat dipakai dalam relasi dokter pasien adalah daluwarsa membebaskan, yakni akibat dari lewatnya waktu maka seorang dapat dibebaskan dari tuntutan hukum *(extinctieve verjaring)*. Pada pasal 1967 BW disebutkan bahwa lewatnya waktu untuk suatu tuntutan hukum adalah 30 tahun.[663] Dasar adanya daluwarsa adalah tidak patut apabila hubungan hukum yang selama ini tidak pernah dihiraukan seolah akan dihidupkan

[663]Subekti, *Pokok-POkok Hukum Perdata edisi 16*, Intermasa , 1985, h.185.

kembali.[664] Menurut Pitlo[665], daluwarsa ini sangat berkaitan dengan sulitnya pembuktian. Demikian juga halnya dengan tuntutan malpraktik, meskipun belum ada kejadian tuntutan malpraktik yang dilakukan setelah lewat dari 30 tahun, tetapi dengan batasan pemusnahan berkas rekam medis setelah lima tahun dihitung sejak pasien terakir datang ke rumah sakit dan pemusnahan resume medis dan *informed consent* setelah 10 tahun, maka tidak adanya pengaturan tentang daluwarsa penuntutan malparktik akan membawa masalah tersendiri terkait dengan pembuktian. Oleh karena itu perlu diatur tentang batasan daluwarsa dalam sengketa medis yang disesuaikan dengan waktu simpan rekam medis.

Gugatan malpraktik di Malaysia memiliki batasan waktu tertentu seperti tercantum di dalam *Malaysia Limitation Act 1953* (act 254). Tujuan pembatasan ini salah satunya adalah untuk mencegah sulitnya mendapatkan alat bukti yang berkaitan dengan kejadian yang disengketakan. Berdasarkan ketentuan *tort law* di Malaysia, gugatan karena kelalaian tidak dapat dilakukan setelah melewati kurun waktu enam tahun. Namun terdapat kelemahan dalam pengaturan di dalam *Malaysia Limitation Act 1953* yaitu terkait cedera atau kerugian yang berlangsung lama atau tidak langsung terjadi atau proses yang berlangsung secara bertahap. Hal ini sudah difasilitasi dalam *New Zealand Limitation Act 2010*, yang telah mengatur bahwa batasan waktu enam tahun dapat diperpanjang dalam kondisi tersebut di atas.[666]

---

[664]A. Pitlo, *Pembuktian dan Daluwarsa menurut Kitab Undang-Undang Hukum Perdata Belanda*, Intermasa, 1986, h. 259.

[665]*Ibid*., h.272

[666]Siti Naaishah Hambali dan Solmaz Khodapanahandeh, 'A Review of Medical Malpractice Issues in Malaysia under Tort Litigation System', *Global Journal of Health Science*; Vol. 6, No. 4; 2014, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4825259/ diakses pada 15 April 2022.

Hal lain yang masih belum ada kepastian adalah otonomi dokter. Di negara lain sudah banyak dibahas tentang *professional autonomy* atau *physician autonomy.* Dokter seharusnya juga mempunyai kebebasan dari pengaruh organisai atau rumah sakit dalam penanganan pasien pada kondisi tertentu, misalnya faktor sosial dan ekonomi. Tidak hanya di Indonesia, otonomi dokter di beberapa tempat juga mulai terkikis karena banyak hal. Padahal sebenarnya otonomi dokter bukan berarti dokter bisa berbuat sekehendak hatinya tetapi tujuan utamanya adalah untuk kebaikan perawatan pasien. Kapan relasi dokter dan pasien dapat diakhiri oleh dokter juga belum diatur. Peraturan perundangan hanya mencantumkan hak pasien salah satunya adalah menolak tindakan medis, meski tidak dapat diartikan secara langsung sebagai pemutusan relasi dokter dan pasien. Apabila mengacu pada Pasal 1338 ayat (2) BW seharusnya apabila kedua pihak bersepakat untuk mengakhiri suatu kontrak maka kontrak dapat dikatakan berakhir seoerti tertulis bahwa persetujuan itu tidak dapat ditarik kembali selain dengan kesepakatan kedua belah pihak, atau karena alasan-alasan yang ditentukan oleh undang-undang. Jadi dapat diartikan bila dokter menghendaki pengakhiran hubungan dengan pasien dapat dilakukan asalkan kedua pihak bersepakat. Hal ini menunjukkan otonomi para pihak di samping perlu diperhatikan juga unsur itikad baik.[667]

[667]Agus Yudha Hernoko, Ghansham Anand, Fdan iska Silvia Raden Roro, 'Method Determining the Content of The Contract', *Hasanuddin Law Review*, Vol.3 Issue 1, April (2017), http://pasca.unhas.ac.id/ojs/index.php/halrev p diakses ada 20 Agustus 2022.

Sebagai contoh di USA, dokter dapat mengakhiri relasi dengan pasien (kecuali dalam kondisi darurat) karena alasan berikut ini :[668]

a. Perlakuan pasien yang mengarah kepada kekerasan baik secara verbal maupun tindakan yang mengancam.
b. Hilangnya kepercayaan, respek, dan komunikasi yang memburuk.
c. Perbuatan kriminal oleh pasien misalnya mendapatkan obat dengan cara tidak benar.
d. Memaksa dokter untuk melakukan tindakan yang menurut dokter melanggar norma maupun etika.

Otonomi profesi atau *professional autonomy* diatur di dalam *WMA Declaration Of Seoul On Professional Autonomy And Clinical Independence* yang dikeluarkan pada saat berlangsungnya 59th WMA General Assembly, Seoul, Korea pada bulan Oktober 2008 dan dilakukan amandemen pada saat 69th WMA General Assembly, Reykjavik, Iceland pada bulan Oktober 2018.[669] Definisi *professional autonomy and clinical independence* adalah *the processes under which individual physicians have the freedom to exercise their professional judgment in the care and treatment of their patients without undue or inappropriate influuence by outside parties or individuals,* setiap dokter mempunyai kebebasan tanpa pengaruh apapun dalam menjalankan profesinya.

[668]Sara B"ird, Ending The Doctor-Patient Relationship", article and case study, 2015, https://www.mdanational.com.au/advice-and-support/library/articles-and-case-studies/2015/05/end-dr-patient-relationship diakses pada 9 Januari 2022.

[669]WMA Declaration Of Seoul On Professional Autonomy And Clinical Independence, 59th WMA General Assembly, Seoul, Korea, October 2008, amended by the 69th WMA General Assembly, Reykjavik, Iceland, October 2018

Karena kelebihan keilmuannya, meskipun pasien memiliki kebebasan untuk menentukan pilihannya tetapi pasien mengharapkan rekomendasi dokter. Namun otonomi tetap dibatasi oleh standar, peraturan perundang-undangan yang berlaku, serta kedokteran berbasis bukti *(evidence based)*. Prinsip otonomi profesi memberikan dukungan apabila dokter menolak melakukan suatu terapi yang diminta oleh pasien yang tidak sesuai dengan standar yang berlaku. WMA mengganggap bahwa *professional autonomy and clinical independence* merupakan unsur penting dalam menegakkan profesionalisme profesi.

Hapusnya perikatan di dalam hukum perikatan diatur di dalam Pasal 1381 BW. Salah satu penyebab hapusnya perikatan adalah pembayaran. Pembayaran di sini bukan hanya berupa uang tetapi dapat berupa tindakan, pemenuhan prestasi berbuat sesuatu atau tidak berbuat sesuatu.[670] Di dalam relasi antar dokter dan pasien apakah dapat dikatakan bahwa kontrak tersebut berakhir setelah pasien melakukan pembayaran atas jasa pelayanan medis yang dilakukan dokter ataukah setelah dokter selesai melakukan perawatan. Timbul kesulitan di sini, karena selesainya perawatan dokter terhadap pasien tidak mempunyai batas waktu yang jelas. Seperti misalnya pasien yang telah menjalani suatu operasi, tidak ada ketentuan atau batasan sampai kapan pasien akan kontrol ke dokter. Demikian juga pada pasien dengan penyakit darah tinggi atau penyakit jantung, mungkin pasien akan seumur hidup memerlukan perawatan dokter.

Menentukan berakhirnya relasi dokter dan pasien juga merupakan suatu hal yang perlu dipikirkan karena berkaitan dengan beban hak dan kewajiban

[670]Leonora Bakarbessi, *Op.Cit.*, h.186.

dokter, sayangnya hingga saat ini tidak ada regulasi yang memuat tentang hal ini. Sehingga dokter tidak pernah dapat memutuskan hubungan dengan pasien karena keinginan dokter. Menurut Guwandi, berakhirnya hubungan dokter dan pasien dapat didasari hal berikut :[671]

1. Sembuhnya pasien dan dokter menganggap pasien tidak memerlukan perawatan lagi. Bukan dalam arti kesembuhan total tetapi pasien tidak memerlukan pelayanan medis. Ketentuan ini berdasarkan informasi dan pemeriksaan dari dokter serta penilaian pasien terhadap dirinya sendiri.
2. Dokter dapat mengundurkan diri dalam hal pasien menyetujui pengunduran diri dokter, setelah pasien diberikan enjelasan dan pasien bersedia dialihkan ke dokter lain.
3. Pengakhiran oleh pasien.
4. Pasien meninggal dunia.
5. Dokter tidak dapat menjalankan kewajiban lagi karena karena kapasitasnya atau dokter meninggal dunia
6. Selesainya kewajiban dokter seperti yang tertuang dalam kontrak.
7. Pada kondisi gawat darurat apabila kegawatan pasien sudah teratasi, ada dokter lain yang sesuai dengan pilihan pasien atau yang lebih kompeten atau pasien memutuskan untuk berpindah pada penanganan dokter lain.
8. Lewatnya jangka waktu, apabila ada jangka waktu tertentu dalam kontrak medik.
9. Persetujuan kedua pihak bahwa relasi tersebut sudah diakhiri.

[671]J Guwandi, *Dokter, Pasien, dan Hukum*, FKUI, 2007, h.25.

Jadi dapat disimpulkan bahwa pengakhiran relasi dokter pasien adalah tergantung dari kesepakatan antara dokter dan pasien tetapi tidak dapat ditentukan sepihak oleh dokter. Saat ini pengakhiran hubungan dokter dan pasien sudah mulai diatur oleh IDI dengan dikeluarkannya Surat Keputusan Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Nomor 046/PB/K.MKEK/03/2022 Fatwa Etik Kedokteran Tentang Etika Hubungan Dokter-pasien dan Terminasinya pada 8 Maret 2022.

Dokter dan pasien tentunya selalu berharap bahwa tindakan medis maupun perawatan yang dilakukan akan memperoleh hasil seperti yang diharapkan. Tetapi pada suatu situasi seringkali terdapat *discrepancy* antara pernyataan dan kehendak atau antara apa yang diharapkan dengan hasil dari tindakan medis yang dilakukan. Pada keadaan inilah timbul sengketa maupun sengketa medis. Pada kontrak pada umumnya kadangkala kontrak mengalami hambatan yang berujung pada kegagalan kontrak yang pada akhirnya bermuara pada sengketa. Sengketa pada umumnya muncul karena adanya ketidaksepakatan, perbedaan, gangguan, kompetisi, atau ketidakseimbangan di antara para pihak. Sengketa atau konflik bisa disebabkan karena hal-hal berikut :[672]

1. *Scarce resource*, kelangkaan sumber yang signifikan terhadap eksistensi partisipan konflik.
2. *Ambiguous jurisdiction*, dimana batas kewenanan atau hak saling dilanggar sehingga satu pihak mengambil keuntungan dari pihak lain.

[672]Agus Yudha Hernoko, *Penyelesaian Sengketa Kontrak Berdasarkan Asas Proporsionalitas,* dalam Perkembangan Hukum Perdata di Indonesia, Laksbang Grafika, Yogyakarta, 2013, h.61 (Selanjutnya disingkat Agus Yudha Hernoko-3).

3. *Intimacy*, keterdekatan yang seringkali berujung pada konflik akibat perbedaan tidak dikelola dengan matang.
4. *We-they distinction*, kondisi dimana orang menciptakan diskriminasi yang sifatnya berseberangan.

Dalam hubungan kontraktual para pihak berusaha untuk mengantisipasi dan mencegah terjadinya sengketa, salah satunya adalah dengan mencantumkan klausula penyelesaian sengketa *(dispute settlement clause).* Jika pada akhirnya terjadi sengketa maka upaya penyelesaian yang diambil adalah melalui jalur litigasi *(in court settlement)* atau melalui jalur non litigasi *(out of court settlement).*[673] Pengadilan sebagai lembaga peradilan formal yang mempunyai kekuasaan kehakiman *(judicial power)* dianggap sebagai *"the last resort"* atau tempat terakhir mencari kebenaran. Tetapi seringkali penyelesaian sengketa melalui pengadilan ini bejalan tidak efektif dan efisien. Ada cara yang efektif untuk memperbaiki proses penyelesaian sengketa di pengadilan misalnya :[674]

1. Mengintegrasikan sistem manajemen dalam peradilan.
   a. *One court entry system* : mengintegrasikan country court dan high court sehingga perkara dipersingkat dalam satu tingkat.
   b. *Full pre-trial disclosure*, penggugat sekaligus melampirkan bukti saat mengajukan gugatan.

[673]Agus Yudha Hernoko-3,*Op.Cit.*, h.68
[674]M.Yahya Harahap, *Hukum Acara Perdata,* Sinar Grafika, Jakarta, 2015, h.229

c. *Timetable program*, hakim wajib membuat jadwal sidang sejak awal yang harus ditaati, apabila aada pihak yang ingkar hadir persidangan tetap dilanjutkan.

d. *Extra hour's sitting per day*, penambahan jam pemeriksaan persidangan.

e. *In court arbitration system*, penggabungan arbitrase dan pengadilan.

2. Pembatasan perkara yang dapat dikasasi, sehingga memperpendek atau mengurangi upaya hukum pada perkara kecil hanya sampai tingkat banding sehingga mengurangi jumlah kasus pada tingkat kasasi dan mengurangi beban kerja Mahkamah Agung.

Karena beberapa kelemahan penyelesaian sengketa melalui jalur litigasi atau melalui lembaga peradilan, maka pada umumnya dipilih cara melalui perdamaian yang mempunyai beberapa keuntungan :[675]

a. Penyelesaian bersifat informal, dimana kedua pihak yang bersengketa kelepaskan diri dari kekakuan hukum dan memakai pendekatan berdasarkan nurani dan moral. Lebih mengutamakan persamaan persepsi yang saling menguntungkan dibandingkan dengan pendekatan doktrin dan asas pembuktian.

b. Sengketa diselesaikan oleh para pihak sendiri.

c. Jangka waktu untuk menyelesaikan sengketa lebih pendek.

d. Biaya ringan.

e. Aturan pembuktian yang bersifat formil yang seringkali disertai pertarungan untuk saling menjatuhkan dapat dihindari.

---

[675] *Ibid..*, h.236

f. Proses penyelesaian bersifat konfidensial atau rahasia sehingga akan lebih terjaga nama baik masing-masing pihak.

g. Hubungan para pihak bersifat kooperatif.

h. Mengutamakan komunikasi dan berfokus pada penyelesaian.

i. Hasil yang dituju adalah sama menang, yang dikenal dengan konsep *"win-win solution".*

j. Bebas emosi dan dendam, tetapi lebih ke arah kekeluargaan

Seperti halnya penyelesaian sengketa perdata pada umumnya yang telah dibahas pada bagian sebelumnya, penyelesaian sengketa medis dapat dilakukan melalui dua cara yakni secara litigasi (di pengadilan) dan secara non litigasi (diluar pengadilan). Sesuai dengan Pasal 29 UU Kesehatan, bahwa *"dalam hal tenaga kesehatan diduga melakukan kelalaian dalam menjalankan profesinya, kelalaian tersebut harus diselesaikan terlebih dahulu melalui mediasi."* Maka dalam hal terjadi suatu sengketa medis antara pasien dan tenaga kesehatan dalam hal ini dokter, baik disebabkan karena kelalaian ataupun bukan suatu kelalaian tenaga medis maka jalan yang dipilih adalah mediasi.

Mediasi seperti yang tercantum dalam Pasal 1 angka (1) Peraturan Mahkamah Agung Nomor 1 Tahun 2016 tentang Prosedur Mediasi di Pengadilan didefinisikan sebagai adalah cara penyelesaian sengketa melalui proses perundingan untuk memperoleh kesepakatan para pihak dengan dibantu oleh Mediator. Mediasi merupakan kewajiban yang harus ditempuh oleh para pihak yang ingin menyelesaikan sengketanya di pengadilan sebagaimana ditentukan dalam Hukum Acara Perdata, Pasal130 HIR dan Pasal154 RGB.

Orientasi mediasi adalah para pihak mau menyelesaikan sengketa melalui kesepakatan damai. Mediator dalam melaksanakan tugasnya juga juga harus mengingat bahwa mediasi bertujuan untuk membantu para pihak mencapai kesepakatan perdamaian.[676] Sampai saat ini tidak ada peraturan khusus yang mengatur tentang prosedur mediasi dalam bidang sengketa medis. Seharusnya dengan semakin banyaknya kasus sengketa medik dan kekhususan sengketa medik dibandingkan dengan sengketa pada umumnya akan lebih baik apabila ada aturan yang secara khusus mengaturnya misalnya dalam bentuk peraturan menteri kesehatan tentang mediasi sengketa medis.

Sesuai asas *pacta sunt servanda*, yaitu persetujuan atau kesepakatan yang disebut perdamai tersebut telah mengikat kedua belah pihak yang dipertegas dengan Pasal 1338 BW yang menyebutkan bahwa persetujuan yang dibuat oleh pihak-pihak berlaku sebagai undang-undang bagi pihak-pihak yang membuatnya. Sayangnya hasil perdamaian yang berupa akta perdamaian masih memungkinkan salah satu pihak mengingkarinya yang berarti persengketaan belum berakhir.[677]

Akta perdamaian diwujudkan dalam bentuk "putusan perdamaian" yang dapat menghukum kedua pihak mentaati isi persetujuan perdamaian yang telah disepakati, yang berarti hak dan kewajiban masing-masing pihak sudah ditetapkan secara legal formal. Sehingga bila salah satu pihak ingkar maka hak-hak pihak yang diingkari dapat dipaksakan melalui sehingga persengketaan berakhir. Sesuai

[676]Ajrina Yuka Ardhira dan Ghansham Anand, 'Itikad Baik dalam Proses Mediasi Perkara Perdata di Pengadilan', *Media Iuris:* Vol. 1 No. 2, Juni 2018m h.200-214, file:///C:/Users/HP/Downloads/admin,+ajrina+ghansham.pdf, diakses pada 16 April 2022.

[677]I Made Sukadana, *Mediasi Peradilan :Mediasi dalam Peradilan Perdata Indonesia dalam Rangka Mewujudkan Proses Peradilan yang Sederhana, Cepat, dan Biaya Ringan,* Prestasi Pustaka, Jakarta, 2012, h.164.

dengan format yang telah ditentukan sebagai syarat titel eksekutorial, bahwa putusan harus diawali dengan kata *"Demi Keadilan Berdasarkan Ketuhanan Yang Maha Esa"*. Maka persetujuan perdamaian yang telah disepakati dalam mediasi yang tertuang dalam akta perdamaian haruslah dikukuhkan dengan diberi titel eksekutorial. Sesuai dengan Pasal 1858 BW yang menyebutkan bahwa, *"segala perdamaian mempunyai di antara para pihak suatu kekuatan seperti suatu putusan hakim dalam tingkat yang penghabisan. Tidak dapatlah perdamaian itu dibantah dengan alasan kekilafan mengenai hukum atau dengan alasan bahwa salah satu pihak dirugikan",* maka putusan perdamaian merupakan putusan yang final dan mengikat dan tidak dimungkinkan lagi adanya upaya hukum. Penyelesaian sengketa kedua pihak dianggap tuntas, karena substansi perdamaian telah diterima kedua pihak yang bersengketa. Sehingga dapat dikatakan putusan perdamaian mempunyai manfaat :[678]

1. Putusan tersebut berkekuatan hukum tetap *(in kracht van gewijsde),* jika ada pihak yang ingkar putusan tersebut dapat dilakukan eksekusi oleh pengadilan.
2. Mempercepat proses peradilan sesuai asas peradilan sederhana, cepat, biaya ringan.
3. Membatasi perkara kasasi.
4. Putusan tersebut berdasarkan kesepakatan para pihak yang bersengketa, sehingga dianggap tepat, benar, dan adil, sesuai prinsip *win-win solution.*

[678]Frans Hendra Winata, *Hukum Penyelesaian Sengketa Arbitrase Nasional Indonesia dan Internasional*, Sinar Grafika, 2013, h.172.

5. Hubungan baik atau harmoni para pihak terjaga.
6. Akan membentuk persepsi masyarakat untuk mengutaman perdamaian.

Kesepakatan yang tercapai dalam mediasi harus didaftarkan ke pengadilan negeri dalam waktu 30 hari, dan pelaksanaan kesepakatan harus dilakukan paling lambat 30 hari setelah didaftarkan. Dengan didaftarkannya kesepakatan mediasi secara tertulis maka kesepakatan tersebut memiliki kekuatan eksekutorial.[679] Tetapi pada beberapa mediasi kesepakatan yang dicapai tidak didaftarkan ke pengadilan, kemungkinan hal ini dengan pertimbangan apabila kesepakatan didaftarkan ke pengadilan ada kemungkinan hasil mediasi tersebut akan menjadi konsumsi publik sehingga tidak ada lagi unsur kerahasiaan.

Pada beberapa kasus sengketa medik, mediasi masih seringkali tidak berhasil yang kemungkinan disebabkan karena beberapa hal yang tidak jauh berbeda dengan proses mediasi pada kasus perdata lainnya :[680]

1. Kurangnya itikad baik dari para pihak, dalam hal ini terutama dari pihak yang mengajukan tuntutan atau pasien. Bisa jadi pihak yang dirugikan masih berorientasi pada uang sebagai ganti rugi, bahkan juga tidak menutup kemungkinan adanya unsur memanfaatkan kesempatan. Selain itu tidak adanya itikad baik untuk berkomunikasi karena faktor perasaan, sakit hati, dendam, maupun gengsi.
2. Proses mediasi hanyalah dianggap sebagai formalitas, sehingga tidak sungguh-sungguh dalam mengadakan perdamaian. Faktor lain adalah

[679]*Ibid.,* h.17.
[680]I Made Sukadana, *Op Cit.,* h.212.

lemahnya aturan mengenai mediasi yang hanya diatur dengan PERMA sehingga belumlah mengikat.

3. Beberapa model mediasi kesehatan yang pernah dikenalkan adalah *Rush Model*, yang dilakukan pada tahun 1995 di *Rush Medical Centre Chicago*. *Rush Model* mengutamakan adanya persetujuan *(mediation agreement)*, pertemuan mediasi *(mediation conference)*, dan menekankan pentingnya ko-mediator, termasuk di dalamnya pengacara yang mewakili para pihak. Dalam 5 tahun pertama program ini berjalan, dari 55 kasus sengketa medis, 80% kasus dengan mediasi dapat diselesaikan dalam waktu satu tahun, bahkan gugatan dapat dipenuhi atau dicapau kesepakatan dalam waktu tiga sampai empat jam sejak mediasi dimulai. Meskipun pasien mungkin menerima jumlah ganti rugi yang lebih rendah, tetapi pada umumnya mereka puas karena mereka dapat menerimanya dalam waktu cepat. Model lain adalah *Pew Demonstration Mediation and ADR Project Prototype* yang dilakukan di empat rumah sakit besar yang memiliki 500 tempat tidur di Pennsylvania pada tahun 2002. Model ini menekankan pada perlunya membekali para tenaga kesehatan dengan kemampuan mediasi melalui komunikasi yang lebih terbuka. Di Amerika Serikat terdapat aturan bahwa pembayaran melalui ADR harus dilaporkan pada *US Department of Health & Human Services National Practitioner Dara Bank (NPDB).* Kesulitan masih sering terjadi pada kasus yang kompleks, karena mediator tidak mempunyai wewenang untuk memaksa pemberian informasi dari para pihak serta tidak dapat memaksakan hasil keputusan. Di North Carolina saat ini dikenal sistem *"compulsory mediation"*

sebelum suatu sengketa dibawa ke pengadilan. Kebijakan ini menetapkan bahwa mediasi adalah suatu penyertaan *(adjunct)* bukan suatu pengganti proses litigasi. Sistem ini ternyata mempunyai angka keberhasilan lebih kecil dibandingkan mediasi secara sukarela, yakni hanya 23% dibanding 90%. Hal ini menunjukkan bahwa mediasi adalah suatu yang fleksibel dan unik untuk tiap kondisi atau sengketa dan tidak dapat dipaksakan.[681]

Menurut Machli Riyadi, terdapat tujuh prinsip dalam mediasi sengketa medis, yaitu :[682]

1. Itikad baik, yang dibangun atas dasar bahwa para pihak saling membutuhkan, dimana dokter tidak mungkin ada keinginan untuk mencelakakan pasiennya. Adanya kesamaan pandangan bahwa motivasi penyelesaian sengketa semata-mata adalah mencapai perdamaian.
2. Kepercayaan, membangun komitmen untuk saling percaya antara pasien, dokter, dan mediator.
3. Netralitas, yang harus dinyatakan tegas dari awal bahwa peran mediator adalah memfasilitasi prosesnya, isi dari mediasi tetap menjadi milik para pihak yang bersengketa. Mediator tidak boleh memutuskan benar salahnya salah satu pihak atau memihak ataupun memaksakan kehendaknya, melainkan mengendalikan proses mediasi. Apabila dalam mediasi terjadi suasana yang tidak kondusif maka mediator dapat menunda atau menghentikan mediasi dan menjadwalkannya kembali.

[681]Cecilia Ong, *Medical Mediation : Bring Everyone to the Table,* Bulletin of the American College of Surgeons, Published : March 2, 2013.
[682]Machli Riyadi, *Hukum Kesehatan Kontemporer,* Akademia, Malang, 2015., h.241

4. Eksklusif mediator, yang memberikan penegasan bahwa mediator yang menyelesaikan proses sengketa medik harus memiliki pengetahuan dalam bidang kesehatan dan juga dalam bidang hukum pada umumnya dan hukum kesehatan pada khususnya, sehingga mediator dapat meluruskan paham yang keliru para pihak. Apabila diselesaikan oleh mediator biasa (Sarjana Hukum), maka harus didampingi oleh ko-mediator yang merupakan seoranng dokter atau perawat.
5. Membuka pikiran *(open mind)*, karena pada umumnya para pihak tidak memahami tentang hubungan hukum serta manfaat mediasi dibandingkan jalur litigasi. Mediator diharapkan dapat melakukan pendekatan *religi humanistic*.
6. Otonomi prinsipal, dengan dasar bahwa dokter dan pasien mempunyai hak asasi yang melekat yang tidak boleh diintervensi. Mediator berperan membimbing para pihak untuk mengikuti hati nuraninya dan membangun hakikat penciptaan jati diri sebagai manusia yang saling membutuhkan dan cinta damai.
7. Kerahasiaan, yakni memberikan jaminan pada para pihak untuk tidak menyiarkan pada publik atau media oleh masing-masing pihak. Demikian juga mediator akan menjamin rahasia para pihak yang perlu dijaga, dan apabila perlu dimusnahkan.

Mediasi merupakan cara penyelesaian yang dipilih pada kasus sengketa medis karena kasus sengketa medis pada umunya akan sangat berpengaruh pada stigma yang akan melekat pada masyarakat terhadap kesalahan dokter atau rumah

sakit yang mungkin belum terbukti dan juga belum tentu dilakukan. Pada umumnya yang terungkap pada proses medisasi adalah informasi yang kurang jelas dan tidak berlangsung dengan baik menjadi sumber terjadinya sengketa medis.

Tuntutan malpraktik medis sebagian besar adalah kasus keperdataan kecuali kasus aborsi yang disengaja *(abortus provocatus criminalis)* yang tergolong pidana. Menurut Walter G Alton, terminologi hukum malpraktik adalah uang atas kelalaian yang menimbulkan kerugian bagi pasien.[683] Pada Pasal 58 UU Kesehatan secara implisit juga mengesankan bahwa malpraktik meskipun tidak disebutkan kata malpraktik adalah sengketa keperdataan berdasarkan kaliman bahwa setiap orang berhak menuntut ganti rugi atas kesalahan atau kelalaian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dalam pelayanannya.

Pada Pasal 4 PERMA 1/2016 disebutkan tentang kewajiban mediasi pada semua sengketa perdata kecuali ditentukan lain berdasarkan PERMA tersebut. Demikian juga pada Pasal 29 UU Kesehatan menyebutkan bahwa dugaan kelalaian oleh tenaga kesehatan harus diselesaikan lebih dahulu melalui mediasi.

Bila mencermati kata wajib dan harus pada PERMA 1/2016 dan UU Kesehatan tersebut, maka sebenarnya mediasi dalam perkara perdata termasuk sengketa medis bukan merupakan pilihan tetapi merupakan keharusan meskipun sifat mediasi adalah sukarela *(voluntary process)* seperti yang tercantum dalam *The United Nations Guidance for Effective Mediation 2012*.[684] Sayangnya tidak

[683]Machli Riyadi, *Teori IKNEMOK dalam Mediasi Malpraktik Medik*, Prenada Media Group, Jakarta, 2018, h.67 (selanjutnya disebut Machli Riyadi-2)

[684]*The United Nations Guidance for Effective Mediation*, 2012, p.8. available on the United Nations Peacemaker, www.peacemaker.un.org diakses pada 12 Januari 2022

disebutkan apa akibatnya jika sifat harus ini diabaikan oleh pihak pasien yang menuntut ke pengadilan tanpa melalui mediasi sehingga seringkali proses mediasi ini tidak dilakukan lebih dahulu. Namun apabila mengacu pada ketentuan bahwa semua perkara perdata harus melalui mediasi maka pada akhirnya mediasi ini harus tetap dilakukan lebih dahulu.

Paparan di atas seakan tidak sejalan dengan Pasal 66 angka (3) UU Praktik Kedokteran yaitu pengaduan pada MKDI tidak menghilangkan hak untuk melaporkan adanya dugaan tindak pidana ataupun pengajuan gugatan perdata ke pengadilan karena seakan-akan dugaan malpraktik mengesampingkan proses mediasi dalam usaha penyelesaiannya. Demikian juga halnya dengan pengaturan dalam Pasal 44 PP Penyelenggaraan Perumahsakitan tentang hak pasien untuk mengajukan tuntutan tentang pelayanan rumah sakit yang tidak sesuai standar. Pernyataan pada Pasal 44 huruf (r) untuk mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan juga menjadi hal yang tidak adil bagi dokter maupun rumah sakit, karena begitu suatu dugaan malpraktik ditampilkan di media maka akan menyebabkan stigma bagi dokter dan rumah sakit tersebut. Bahkan pada Pasal 8 UU Nomor 48 tahun 2009 tentang Kekuasaan Kehakiman disebutkan tentang asas praduga tak bersalah yaitu setiap orang yang disangka, ditangkap, ditahan, dituntut, atau dihadapkan di depan pengadilan wajib dianggap tidak bersalah sebelum ada putusan pengadilan yang menyatakan kesalahannya dan telah memperoleh kekuatan hukum tetap.

Malpraktik pidana yang menyangkut nyawa orang seperti kasus abortus tanpa indikasi tidak termasuk perihal yang dapat dilakukan mediasi. Sedangkan kasus pidana admistratif sepanjang hal itu tidak menimbulkan akibat tindak pidana terhadap nyawa orang masih dapat dilakukan mediasi. Hal ini sejalan dengan konsep *restorative justice* berdasarkan Pasal 5 Peraturan Polri No. 8 tahun 2021 Tentang Penanganan Tindak Pidana berdasarkan Keadilan Restoratif bahwa tindak pidana terhadap nyawa orang termasuk yang dikecualikan dalam *restorative justice.* Prinsip utama penyelesaian tindak pidana melalui pendekatan restoratif merupakan suatu penyelesaian yang bukan hanya sekedar alat untuk mendukung seseorang untuk melakukan kompromi terhadap terciptanya kesepakatan, tetapi pendekatan yang dimaksud harus mampu menembus ruang hati dan pikiran para pihak yang terlibat dalam proses penyelesaian dalam rangka memahami makna dan tujuan dilakukannya suatu pemulihan dan bentuk sanksi yang diterapkan adalah sanksi yang bersifat memulihkan atau mencegah. penegakan hukum di Indonesia seharusnya mengedepankan digunakannya penyelesaian sengketa atau konflik hukum dengan cara mengakomodasikan berbagai kepentingan para pihak dalam kedudukan yang sejajar dalam rangka mencarikan suatu solusi yang tepat dan ditrima untuk semua pihak yakni dengan musyawarah mufakat sesuai dengan sila keempat Pancasila.[685]

Mediator merupakan salah satu kunci utama keberhasilan proses mediasi, untuk menjunjung tinggi keberhasilan mediasi memerlukan sumberdaya mediator

[685]Sarwirini, 'Implementasi Restorative Justice Dalam Penegakan Hukum Pajak', *Yuridika* : Volume 29 No 3, September-Desember 2014, https://e-journal.unair.ac.id/YDK/article/view/378 diakses pada 21 Agustus 2022.

yang memadai. Mediator pada dasarnya adalah seseorang yang dapat menengahi suatu permasalahan (konflik) antara kedua belah pihak. Mediator hadir sebagai pihak ketiga dalam proses mediasi. Pada Peraturan Mahkamah Agung Nomor 1 tahun 2016 tentang Prosedur Mediasi di Pengadilan dan lampiran 2 Keputusan Ketua Mahkamah Agung Nomor 108/KMK/SK/VI/2016 tentang Tata Kelola Mediasi di Pengadilan (selanjutnya disebut KMK Tata Kelola Mediasi) pada bagian administrasi mediasi di pengadilan, dijabarkan definisi mediator adalah hakim atau pihak lain yang memiliki Sertifikat Mediator sebagai pihak netral yang membantu para pihak dalam proses perundingan guna mencari berbagai kemungkinan penyelesaian sengketa tanpa menggunakan cara memutus atau memaksakan sebuah penyelesaian.

Christopher Moore seperti dikutip oleh Soetrisno, membagi mediator menjadi tiga jenis, yaitu :[686]

a. *Social network mediator*, mediator yang dipercaya oleh para pihak untuk mempertahankan keserasian atau hubungan baik dalam suatu komunitas dimana para pihak juga sebagai bagian dari komunitas itu (misalnya pemuka agama, tetua adat)
b. *Authoritatif mediator*, mediator yagn memiliki posisi kuat dan berpengaruh sehingga berpotensi untuk mempengaruhi proses dan hasil mediasi (misalnya hakim, polisi, pimpinan)

[686]Soetrisno, *Malpraktek Medik dan Mediasi Sebagai Alternatif Penyelesaian Sengketa*, Telaga Ilmu Indonesia, Tangerang, 2010, h.67.

c. *Independent mediator*, mediator yang menjaga jarak terhadap para pihak dan terhadap masalahnya, mediator profesional danbiasanya mendapat pelatihan khusus serta mendapatkan sertifikat sehingga dapat berperan sebagai mediator non hakim

Mediator mempunyai beberapa fungsi dalam proses mediasi yaitu :[687]

a. Sebagai katalisator, mediator harus dapat memfasilitasi para pihak untuk menyelesaikan masalah namun tidak ikut mengambil keputusan. Mediator harus dapat menciptakan suasana kondusif dan kooperatif sehingga mendorong timbulnya ide yang konstruktif dan menghindari kondisi yang destruktif.
b. Sebagai pendidik, mediator harus memberi arahan berupa nasihat, memahami kehendak, aspirasi, prosedur dan kendala para pihak. Mediator harus memberi teladan untuk berkomunikasi dengan cara kekeluagaan dan tidak kaku serta memberi pencerahan para pihak agar proses negosiasi dapat memberikan hasil memuaskan.
c. Sebagai penerjemah, mediator harus dapat menerjemahkan setiap konsep yang tidak dipahami para pihak ke dalam bahasa yang dapat dimengerti, termasuk menerjemahkan keinginan salah satu pihak dengan cara lugas dan dapat dimengerti tanpa mengubah maknanya. Dapat disebut juga sebagai proses *reframing* dalam mediasi.

[687]Desriza Ratman, *Mediasi Non Litigasi Terhadap Sengketa Madik Dengan Konsep Win-Win Solution*, Elex Media Komputindo, Jakarta, 2012, h.180.

d. Sebagai narasumber, mediator harus mampu mendayagunakn keberadaan sumber-sumber informasi yang tersedia, harus menguasai Teknik mediasi yang baik serta memahami materi sengketa dan norma yang berkaitan dengan sengketa tersebut. Apabila mediator tidak memiliki kompetensi dalam hal tersebut maka mediator dapat mengundang ahli atau *co-mediator* asal dengan kesepakatan para pihak.
e. Sebagai penyandang berita jelek, mediator harus mencari solusi dan mengantisipasi semua reaksi negatif dari para pihak dengan tidak terpancing emosi sehingga mampu membalikkan keadaan menjadi kondusif
f. Sebagai agen realitas, mediator harus jujur terhadap kenyataan termasuk menampung semua informasi yang apabila disepakati disampaikan ke masing-masing pihak tidak boleh ditambah atau dikurangi. Mediator juga harus mampu memilah informasi mana yang kiaranya dapat disampaikan tanpa membuat suasana menjadi tidak kondusif, misalnya tuduhan-tuduhan. Kemampuan ini terutama juga diperlukan dalam proses kaukus.
g. Sebagai kambing hitam, mediator harus siap mengantisipasi ketidakpuasan salah satu pihak akan suatu konsep usulan pihak lain serta mempunyai strategi meghindari debat kusir.

Menurut KMK Tata Kelola Mediasi seorang mediator harus mempunyai kompetensi :

a. Kompetensi interpersonal, yaitu kemampuan untuk menjalin hubungan dengan para pihak sehingga menumbuhkan sikap saling percaya

b. Kompetensi proses mediasi, yaitu kemampuan untuk menggunakan berbagai ketrampilan dan Teknik mediasi dehingga dapat membantu para pihak untuk menyelesaikan sengketa
c. Kompetensi pengelolaan mediasi, yaitu ketegasan dan penggunaan taktidari ketrampilan, menciptakan lingkungan untuk memberikan para pihak kesempatan terbaik dalam penyelesaian sengketa
d. Kompetensi etis dan pengembangan diri mediasi, yaitu mempunyai kesesuaian dan kompetensi perilaku sesuai etik dan norma mediator

Pedoman perilaku mediator yang terdapat pada Lampiran 5 KMK Tata Kelola Mediasi menyebutkan bahwa Mediasi adalah penyelesaian sengketa melalui perundingan antara para pihak yang bersengketa dengan bantuan pihak ketiga netral yang tidak memiliki kewenangan memutus yang disebut mediator. Penekanan yang di sini adalah mediator adalah pihak netral. Tujuan disusunnya pedoman perilaku ini adalah untuk mempertegas profesionalitas mediator dalam melaksanakan tugas dengan penuh kejujuran, integritas, ketidakberpihakan, dan kecakapan dalam rangka mewujudkan sistem peradilan yang bersih dan murah.

Sifat netral mediator ini berkaitan dengan Pasal 3 Lampiran 5 KMK Tata Kelola Mediasi tentang tanggung jawab mediator yaitu :

> *(1) Mediator wajib memelihara dan mempertahankan ketidakberpihakannya, baik dalam wujud kata, sikap dan tingkah laku terhadap para pihak yang terlibat sengketa.*
> *(2) Mediator dilarang mempengaruhi atau mengarahkan para pihak untuk menghasilkan syarat-syarat atau klausula-klausula penyelesaian sebuah sengketa yang dapat memberikan keuntungan pribadi bagi mediator.*
> *(3) Dalam menjalankan fungsinya, mediator harus beritikad baik, tidak berpihak, dan tidak mempunyai kepentingan pribadi serta tidak mengorbankan kepentingan para pihak.*

Di dalam *The United Nations Guidance for Effective Mediation 2012* dikatakan bahwa dasar dari terselenggaranya mediasi adalah *preparedness, consent, impartiality, inclusivity, national ownership, international law and normative frameworks, coherence, coordination and complementarity of the mediation effort, and quality peace agreements*. Impartialitas merupakan ujung tombak dari proses mediasi yang efektif. Di dalam proses mediasi harus tercipta suasana yang fair, seimbang, tidak ada konflik kepentingan baik selama proses mediasi dan hasil mediasi, serta mediator harus dapat berkomunikasi dengan seluruh pihak. Jelas disebutkan bahwa imparsialitas tidak sama dengan netralitas.[688] Imparsialitas masih memungkinkan dukungan dan bantuan bagi para pihak namun dilakukan secara adil, sedangkan netral berarti tidak mengambil peran atau menolak ikut campur. Justru mediator harus ikut berperan dalam proses penyelesaian asalkan secara adil dan proposional.[689] Pasal 4 pedoman perilaku mediator memaparkan kewajiban mediator yaitu :

(1) Mediator wajib menyelenggarakan proses mediasi sesuai dengan prinsip penentuan diri sendiri oleh para pihak.
(2) Mediator wajib memberitahu para pihak pada pertemuan lengkap pertama bahwa semua bentuk penyelesaian atau keputusan yang diambil dalam proses mediasi memerlukan persetujuan para pihak.
(3) Mediator wajib menjelaskan kepada para pihak pada pertemuan lengkap pertama tentang pengertian dan prosedur mediasi pengertian kaukus dalam proses mediasi serta peran mediator.
(4) Mediator wajib menghormati hak para pihak, antara lain, hak untuk konsultasi dengan penasehat hukumnya atau para ahli dan hak untuk keluar dari proses mediasi.
(5) Mediator wajib menghindari penggunaan ancaman, tekanan, atau intimidasi dan paksaan terhadap salah satu atau kedua belah pihak untuk membuat suatu keputusan.

[688]*The United Nations Guidance for Effective Mediation, Op.Cit.,*h.10
[689]Muhammad Affiful Jauhani, *Dilema Kapabilitas dan Imparsialitas Dokter Sebagai Mediator Sengketa Medis*, Scopindo Media Pustaka, Surabaya, 2020, h.41.

(6) Mediator wajib menjaga kerahasiaan informasi yang terungkap di dalam proses mediasi.
(7) Mediator wajib memusnahkan catatan-catatan dalam proses mediasi, setelah berakhirnya proses mediasi

Mediasi sengketa medis sangat memerlukan unsur kerahasiaan yang terjamin karena sangat menentukan nama baik para pihak terutama dokter atau rumah sakit. Hal ini juga disebabkan akrena mediasi sifatnya adalah tertutup. Karena itu mediator kasus sengketa medis perlu menjunjung tinggi kerahasiaan dari kerahasiaan proses mediasi baik tentang informasi, jalannya proses mediasi, hasil mediasi, bahkan harus memusnahkan catatan dalam proses mediasi setelah mediasi selesai. Pada Pasal 5 PERMA 1/2016 disebutkan bahwa pertemuan mediasi dapat dilakukan melalui media komunikasi audio visual jarak jauh, sehingga perlu dipikirkan tentang kerahasiaan yang bagaimana yang harus diterapkan di sini misalnya tentang perekaman proses mediasi. Saat ini telah diatur mediasi di pengadilan secara elektronik di dalam Peraturan Mahkamah Agung Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2022 tentang Mediasi di Pengadilan Secara Elektronik.

Berdasarkan prinsip bahwa mediator sebaiknya memahami tidak hanya kasus yang menjadi sengketa tetapi juga norma-norma yang terkait dengan permasalahan tersebut maka tidak salah apabila mediasi sengketa medis dilakukan oleh tenaga kesehatan termasuk tenaga medis. Mahli Riyadi menyebutnya sebagai eksklusif mediator.[690] Disebutkan bahwa syarat mediator sengketa medik adalah

[690]Machli Riyadi-2, *Op. Cit*., h.128.

memiliki pendidikan kesehatan baik dokter, dokter gigi, atau perawat, memiliki pengalaman klinik minimal 5 tahun, serta lulusan pendidikan hukum.

Sebenarnya syarat lulusan pendidikan kesehatan dengan pengalaman klinik minimal 5 tahun atau lulusan pendidikan hukum bukan merupakan syarat mutlak untuk menjadi mediator kesehatan. Faktor keberhasilan seorang mediator tidak hanya ditentukan oleh latar belakang pendidikannya saja tetapi seperti halnya di dalam lampiran 4 KMK Tata Kelola Mediasi tentang Kurikulum Pelatihan Sertifikat Mediator di Pengadilan, landasan Rumah Mediasi yang merupakan kumpulan kompetensi mediator adalah minat dan motivasi untuk menjadi mediator handal. Mediasi adalah suatu seni *(art)* yang tidak dapat disamakan pada tiap kasus dan tiap mediator yang melakukan mediasi.

Imparsialitas dokter sebagai mediator seringkali menimbulkan prasangka baik di antara para pihak (terutama pihak pasien), karena masih banyak masyarakat yang beranggapan bahwa ikatan persaudaan di antara dokter berdasarkan sumpah dokter sangatlah tinggi, sehingga dokter dianggap tidak akan mungkin menjalankan tugas secara adil dan proporsional dalam proses mediasi. Secara etika dokter tidak akan dianggap melanggar etika dengan berprofesi menjadi mediator karena prinsip mediator adalah perbuatan baik menolong menyelesaikan permasalahan di antara para pihak secara adil.

Konflik yang terjadi antara pasien dan dokter yang berhubungan dengan pelanggaran prinsip transparansi pada umumnya disebabkan karena komunikasi yang tidak berjalan dengan baik. Oleh karena itu masalah yang bermula dari hambatan komuniasi sebaiknya diselesaikan dengan memperbaiki komunikasi

pula dalam hal ini diselesaikan upaya secara non litigasi terlebih dahulu. Sesuai dengan amanat undang-undang maka diselesaikan dengan cara mediasi. Kekhasan mediasi dalam sengketa medik memerlukan pengaturan yang lebih spesifik, sebagai peraturan pelaksana undang-undang yang telah ada. Mediasi dalam sengketa medik diutamakan mediasi di luar pengadilan. Mediator dalam kasus sengketa medik akan lebih baik jika memahami tidak hanya ilmu hukum terkait norma yang mendasari kasus tersebut tetapi juga memahami ilmu kedokteran atau kesehatan. Oleh karena itu peran ko-mediator tidak dapat dikesampingkan dalam proses mediasi apabila mediator tidak memahami permasalahan medis yang ada.

BAB IV

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

1. Pola relasi dokter-pasien mengalami pergeseran dari vertikal yaitu paternalistik menjadi horizontal yaitu *modern paternalistic* yang bernuansa otonomi. Relasi dokter-pasien yang proporsional dapat terwujud melalui transparansi dalam pemberian informasi. Ciri prinsip transparansi dalam pelayanan kesehatan adalah adanya kewajiban memberikan informasi secara aktif dari satu pihak ke pihak lain dan sebaliknya, namun dokter harus mempertimbangkan kondisi pasien dengan memperhatikan unsur etika medis *non maleficence* serta kerahasiaan sesuai peraturan yang berlaku. Transparansi dalam relasi dokter-pasien bersifat wajib bagi dokter dan pasien terwujud dalam proses *informed consent*. Prinsip transparansi merupakan *fiduciary obligation* dokter dan terkait dengan prinsip itikad baik. Unsur jelas, singkat, dan komprehensif di dalam prinsip transparansi menunjukkan akuntabilitas dokter dalam pelayanan kesehatan. Tindakan yang dilakukan dokter harus memenuhi standar yang ada di dalam pedoman-pedoman yang dapat diakses pasien serta dapat dipertanggungjawabkan. *Informed consent* saat ini telah memenuhi unsur singkat, namun unsur jelas dan komprehensif masih belum terpenuhi. Transparansi pasien masih belum sepenuhnya terwujud dalam relasi dokter-pasien. Pengaturan prinsip transparansi antara dokter dan pasien sudah diatur di dalam beberapa peraturan perundang-undangan namun masih belum jelas sehingga masih menimbulkan *gap* di dalam pelaksanaannya.

2. Prinsip tata kelola perusahaan yang baik *(Good Corporate Governance)* dan tata kelola klinis yang baik *(Good Clinical Governance)* dalam penyelenggaraan rumah sakit bertujuan untuk mewujudkan organisasi rumah sakit yang efektif, efisien, dan akuntabel. Hal ini diwujudkan dengan pembentukan peraturan internal rumah sakit yang terdiri dari peraturan internal organisasi rumah sakit dan peraturan internal staf medis, serta peraturan internal staf klinis apabila diperlukan. Peraturan internal rumah sakit belum diformulasikan memenuhi prinsip transparansi, antara lain dalam hal *informed consent* yang masih belum dapat menjamin *patient safety* dan dapat berisiko merugikan pasien namun juga harus dapat memberikan perlindungan hukum bagi dokter. Formulasi prinsip transparansi dalam *informed consent belum tampak* dan standardisasi *informed consent* dalam pelayanan kesehatan masih belum memadai, demikian juga dengan pengaturan tentang hak dan kewajiban para pihak dalam transparansi komunikasi. Dokter masih belum menyadari bahwa kasus hukum yang banyak terjadi pada umumnya disebabkan karena pelanggaran prinsip transparansi dalam *informed consent*.

4.2 Saran

1. Pemahaman prinsip transparansi dalam pelayanan kesehatan harus sudah mulai dibentuk sejak seseorang mengikuti pendidikan sebagai tenaga kesehatan. Oleh karena itu pendidikan etika medis dan hukum bagi tenaga medis sangat penting baik secara formal melalui perbaikan desain kurikulum

pendidikan maupun secara informal dengan mewajibkan materi tentang etika dan hukum dalam setiap pertemuan ilmiah.

2. Prinsip transparansi dalam komunikasi antara dokter dan pasien termasuk di dalamnya hak akses atas informasi kesehatan harus tertuang di dalam produk hukum terkait pelayanan kesehatan. Formulasi prinsip transparansi harus tertuang di dalam Undang-Undang Praktik Kedokteran, Undang-Undang Rumah Sakit, atau minimal dalam Peraturan Pemerintah sehingga mempunyai kekuatan hukum mengikat misalnya dengan menambahkan pada pasal yang sudah ada tentang penjelasan apa saja yang harus diberikan termasuk dalam hal masa berlakunya *informed consent* dan menambahkan pasal tentang poin minimal yang harus ada dalam form *informed consent* yang mencerminkan prinsip transparansi. Standardisasi form *informed consent* bukan dalam bentuk yang sama, namun harus mencakup transparansi dalam poin-poin yang sama serta memenuhi syarat tertentu sesuai dengan "anatomi/*outline informed consent*" yaitu : judul dan nama tindakan, identitas dokter dan pasien (terkait dengan kecakapan dan kewenangan), pernyataan dokter tentang dasar penegakan diagnosis, indikasi tindakan, alternatif tindakan, risiko tindakan, prognosis, jenis pembiusan, penjelasan tentang akses dokumen/leaflet tambahan, pernyataan pasien telah mendapat informasi dan memahaminya, waktu, tanda tangan para pihak, saksi, pernyataan tentang pembatalan *informed consent* jika diperlukan.

DAFTAR BACAAN

Buku-Buku

Achadiat, Chrisdiono M., *Dinamika Etik dan Hukum Kedokteran Dalam Tantangan Jaman*, EGC, 2007.

Agustina, Rosa., *Perbuatan Melawan Hukum*, Universitas Indonesia Fakultas Hukum Pasca Sarjana, Jakarta, 2003.

Ala'I, Padideh, Robert G. Vaughn, *Research Handbook of Transparency*, Edward Elgar Publishing Inc.,2010.

Alauddin, P*erlindungan Hukum Kontrak Terapeutik*, Genta Publishing, Yogyakarta, 2016.

Arifin, Syamsul., Fauzie Rahman, Anggun Wulandari, Vina Yulia Anhar, *Buku Ajar Dasar-Dasar Manajemen Kesehatan*, Pustaka Banua, Banjarmasin, 2016.

Asnawi, Natsir., *Aspek Hukum Janji Pra Kontrak Telaah dalam Kerangka Pembahuruan Hukum Kontrak di Indonesia*, UII Press,Yogyakarta, 2017.
_____ *Hermeneutika Putusan Hakim Pendekatan Multidisipliner dalam memahami Putusan Peradilan Perdata*, UII Press Yogyakarta, 2019.

Astuti, Endang Kusuma., *Transaksi Terapeutik Dalam Upaya Pelayanan Medis di Rumah Sakit, Citra Aditya Bakti, Bandung, 2009*.

Astutik, *Aborsi Akibat perkosaan Dalam Perspektif Hukum Kesehatan*, Zifatama Jawara, Sidoarjo, 2020.

Azzuhri, Abdul Adhim., Dwi Haryati, *Dinamika Regulasi dan Aspek Transparansi dalam Mendorong Kompetisi pada Pengaturan Pemanfaatan Barang Milik Negara/Daerah*, dalam Richo Andi Wibowo, *Kontrak Pemerintah Konsep, Ragam, Perkembangan Regulasi, dan Kajian Putusan,* Penerbit Kencana, Jakarta, 2021.

Bakarbessy, Leonora., Ghansham Anand, *Buku Ajar Hukum Perikatan*, Penerbit Zifatama Jawara, 2018.

Bakhri, Syaiful., *Dinamika Hukum Pembuktian Dalam Capaian Keadilan*, Rajawali Pers, Depok, 2018.

Beitat, Katja., *Trust and Incidents : The Dynamic of Intersonal Trust Between Patients and Practitioners*, Springer VS, 2014.

Bello, Petrus C.K.L. , *Hukum dan Moralitas Tinjauan Fislsafat Hukum.,* Penerbit Erlangga, Jakarta, 2012.

Berg, Jessica W., Paul S. Appelbaum, Charles W.Lidz, Lisa S.Parker., *Informed Consent Legal Theory and Clinical Practice 2nd edition*, Oxford University Press, USA, 2001.

Bertens K, *Etika Biomedis*, Penerbit Kanisius, 2011.

Bianchi, Andrea., Anne Peters, *Transparency in International Law*, Cambridge University Press, 2013.

Brennan, Carol., *Concentrate Tort Law 3rd edition*, Oxford University Press, 2015.

Bruggink, *Refleksi Tentang Hukum : Pengertian-Pengertian Dasar dalam Teori Hukum*, Citra Aditya Bakti, Bandung, 2015

Buijze, Anaoeska, *THE PRINCIPLE OF TRANSPARENCY IN EU LAW Het transparantiebeginsel in het recht van de Europese Unie (met een samenvatting in het Nederlands),* Uitgeverij BOXPress, 's-Hertogenbosch, 2013

Carr, Claudio., *Course Notes Medical Law and Ethics*, Routledeg, New York, 2013

_____ *Beginning Medical Law*, Routledge, New York, 2015.

Chan, Judy L., *The Patients Paradigm Shifts Profiling the New Health Consumer*, Business Expert Press, New York, 2016.

Chazawi, Adami., *Malapraktik Kedokteran*, Sinar Grafika, Jakarta, 2016.

Clarke, Steve., Justin Oakley, *Informed Consent and Clinician Acccountability : the ethics of report cards on surgeon performance,* Cambridge University Press, 2007.

Claramita, Mora., Astrid Pratidina Susilo, Marcy Rosenbaum, Jan van Dalen, *Komunikasi Petugas Kesehatan dan Pasien dalam Konteks Budaya Asia Tenggara,* Penerbit Buku Kedokteran EGC, 2017.

Damang, Aprianto Nusa., *Asas dan Dasar-Dasar Ilmu HuKum (Suatu Pengantar Praktis Menuju Pemahaman Ilmu Hukum Secara Komprehensif),* Gentra Press, 2017.

De Cruz, Peter, *Perbandingan Sistem Hukum Common Law, Civil Law, dan Socialist Law*, Nusa Media, 2017.

Dekker, Sidney., *Patient Safety A Human Factors Approach*, CRC Press, Boca Raton, 2011.

Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, *pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit,* 2022.

Dodge, Angela., Steven F.Fitzer, *When Good Doctors Get Sued : a practical guide for physician involved in malpractice lawsuits*, 2nd edition, Dodge Consulting and Publication, USA, 2015

Doherty, Regina F., Ruth B.Purtilo, *Ethical Dimensions in The Health Proffesions, 6th edition*, Elsevier, USA, 2011.

Dworkin, Ronald.,*Justice for Hedgehogs,* The Belknap press of Harvard University Press, 2011

Efendi, A'an., Freddy, Poernomo, IG NG Indra S.Ranuh, *Teori Hukum,* Sinar Grafika, Jakarta, 2016

Endipradja, Firman Tumantara., *Hukum Perlindungan Konsumen : Filosofi Perlindungan Konsumen dalam Perspektif Politik Hukum Negara Kesejahteraan*, Setara Press, Malang, 2016.

Erwin, Muhammad, *Filsafat Hukum, Refleksi terhadap Hukum dam Hukum Indonesia (dalam Dimensi Ide dan Aplikasi), Edisi Revisi,* Raja Grafindo Perkasa, Depok, 2019

Faden, Ruth R., Tom L Beauchamp, *A History and Theory of Informed Consent,* Oxford University Press, 1986

Fremgen, Bonnie., Medical Law and Ethics, 4th edition, Pearson Education, New Jersey, 2012

Fried, Charles., *Contract as Promise : a theory of contractual obligation 2nd edition*, Oxford University Press, 2015.

Fuady, Munir, *Dinamika Teori Hukum,* Penerbit Ghalia Indonesia, Bogor, 2010

_____ *Sumpah Hippocrates (Aspek Hukum Malpraktik Dokter)*, Citra Aditya Bakti, Bandung, 2005.

Fung, Archon., Mary Graham, David Weil, *Full Disclosure : The Politics, Perils, and Promise of Targeted Transparency,* Cambridge University Press, 2007.

Garner, Bryan A., *Black's Law Dictionary, 10th edition,* Thompson Reuters, USA, 2014

Gilmore, Grant., *The Death of The Contract,* The Ohio State University Press, Columbus, 1995.

Guwandi J., *Dokter, Pasien, dan Hukum,* Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 2007.

Hadjon, Philipus M., *Perlindungan Hukum Bagi Rakyat di Indonesia : Sebuah Studi Tentang Prinsip-Prinsipnya, Penanganannya Oleh Pengadilan Dalam Lingkungan Peradilan Umum Dan Pembentukan Peradilan Administrasi Edisi Khusus,* Peradaban, Surabaya, 2007.

Hanafiah, M.Jusuf., Amri Amir, *Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan,* edisi-4, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta, 2014.

Harahap, M.Yahya., *Hukum Acara Perdata tentang Gugatan, Persidangan, Penyitaan, Pembuktian, dan Putusan Pengadilan cetakan ke-15,* Sinar Grafika, Jakarta, 2015.

Hart, H.L.A., *Konsep Hukum, Cetakan ke-8,* Nusa Media Bandung, 2016

Henriques, Adrian., *Corporate Truth The Limits to Transparency,* Earthscan, London, 2007.

Hernoko, Agus Yudha, *Hukum Perjanjian :Asas Proporsionalitas dalam Kontrak Komersial,* Prenada Media Grup, 2010

_____*Penyelesaian Sengketa Kontrak Berdasarkan Asas Proporsionalitas,* dalam Perkembangan Hukum Perdata di Indonesia, Laksbang Grafika, Yogyakarta, 2013.

_____*Metode Penentuan Isi Kontrak (Upaya Memahami Spektrum Hak dan Kewajiban Para Pihak),* dalam Proceeding Konferensi Nasional Hukum Perdata II "Karakteristik Hukum Perikatan Indonesia : Menuju Pembaharuan Hukum Perikatan Nasional", Denpasar, 2015.

Hiariej, Eddy O.S., *Teori dan Hukum Pembuktian,* Penerbit Erlangga, Jakarta, 2012.

Hornby, AS, *Oxford Advanced Learner's Dictionary 5th edition,* Oxford University Press, 1995

Huda, Mokhamad Khoirul, *Prinsip Itikad baik Dalam Perjanjian Asuransi : Studi Perbandingan Indonesia Dengan Inggris,* dalam *Hukum Asuransi Jiwa : Masalah-Masalah Aktual di Era Disrupsi 4.0,* Scopindo, Surabaya, 2020.

_____Ninis Nugraheni, *Penyalahgunaan Keadaan (Misbruik Van Omstandigheden) Dalam Perjanjian Asuransi*, dalam Proceeding Konferensi Nasional Hukum Perdata II, Denpasar, 2015.

Huijbers, Theo, *Filsafat Hukum Dalam Lintasan Sejarah.,* Kanisius, Yogyakarta, 1982.

Iedema, Rick., Kate Bower, Donella Piper, *Communicating Bad News : When Care Goes Wrong* in Communicating Quality and Safety in Health Care, Cambridge University Press, 2015

Isfandyarie, Anny, *Tanggung Jawab Hukum dan Sanksi Bagi Doktrer Buku ke-1*, Prestasi Pustaka, Jakarta, 2006

Isnaeni, Moch., *Hukum Perikatan dalam Era Perdagangan Bebas,* dalam Perkembangan Hukum Perdata di Indonesia, Laksbang Grafika, Yogyakarta, 2013.

Jauhani, Muhammad Affiful., *Dilema Kapabilitas dan Imparsialitas Dokter Sebagai Mediator Sengketa Medis*, Scopindo Media Pustaka, Surabaya, 2020.

Johnston, Carolyn., Penelope, Bradbury., *100 Cases in Clinical Ethics and Law*, CRC Press, London UK, 2016

Jonsen, Albert R, Mark Siegler, William J.Winslade, *Clinical Ethics A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine,* Mc Graw Hill Education, USA, 2015.

Judson, Karen., Carlene Harrison, *Law & Ethics for Health Professions,* McGraw Hill, New York, 2013.

Kassim, Puteri Nemie Jahn, M*edical Negligence Law in Malaysisa,* International Law Book Services, Selangor, 2003.

Kelsen, Hans, *Dasar-Dasar Hukum Normatif : prinsip-prinsip teoritis untuk mewujudkan keadilan dalam hukum dan politik., cetakan ke-3.,* Nusamedia, Bandung, 2014.

Khairandi, Ridwan, *Itikad baik Dalam Kontrak di Berbagai Sistem Hukum*, FH UII Press, 2017.

Khoidin M., *Tanggung Gugat Dalam Hukum Perdata*, LaksBang Justitia, Yogyakarta, 2020.

Koeswadji, Hermien Hadiati *Hukum Kedokteran (Studi Tentang Hubungan Hukum Dalam mana Dokter Sebagai Salah Satu PIhak)*, Citra Aditya Bakti, 1998.

Komalawati, Veronika, *Peranan Informed Consent dalam Transaksi Terapeutik (persetujuan dalam hubungan dokter pasien) Suatu Tinjauan Yuridis,* Citra Aditya Bakti Bandung, 2002.

Kristian, Adhi., Asih Eka Putri, Oka Mahendra, Diah Ayu Puspandari, *Pengantar Hukum Jaminan Sosial Kesehatan Indonesia,* Kanisius, Yogyakarta, 2019.

Kusmaryanto CB., *Bioetika, Mendiskusikan Pertanyaan Dasar Tentang Hidup Manusia yang Menyangkut Berbagai Disiplin Ilmu,* Kompas Penerbit Buku, 2015.

Kusumohamidjojo, Budiono, *Teori Hukum : Dilema Antara Hukum dan Kekuasaan,* Yrama Widya, Bandung, 2016

Leback, Karen, *Teori-Teori Keadilan, Cetakan ke-6,* Penerbit Nusa Media, Bandung. 2011

Leenen HJJ., PAF Lamintang, *Pelayanan Kesehatan dan Hukum : suatu studi tentang hukum kesehatan*, Binacipta, Bandung, 1991

Maclean, Alasdair., *Autonomy, Informed Consent and Medical Law,* Cambridge University Press, 2013

_____*Briefcase on Medical Law 2nd edition*, Cavendish Publishing Limited, USA, 2004

Manias, Elizabeth, *Communicating in Surgery in Communicating Quality and Safety in health Care,* edited by Rick Iedema, Donella Piper, Marie Manidis, Cambridge Universuty Press, 2015

Mappiasse, Syarif., *Logika Hukum Pertimbangan Putusan Hakim*, Prenadamedia Grup, Jakarta, 2015.

Marcovitch, Harvey, *Black's Medical Dictionary 42nd edition,* A&C Black London, 2010.

Marzuki, Peter Mahmud, *Penelitian Hukum edisi revisi,* Prenadamedia Grup, Jakarta,2005.

_____*Teori Hukum*, Penerbit Kencana, Jakarta, 2020.

Maryanti, Ninik., Malpraktik Kedokteran Dari Segi Hukum Pidana dan Perdata, Penerbit Bina Aksara, Jakarta, 1988.

Mertokusumo, Sudikno., *Mengenal Hukum Suatu Pengantar,* Liberty, Yogyakarta, 2008.

_____*Penemuan Hukum Sebuah Pengantar edisi revisi*, Cahaya Atma Pustaka, Yogyakarta, 2014.

Miller, Paul B., Andrew S.Gold, *Contract, Status, and Fiduciary Law*, Oxford University Press, UK, 2016.

Miswardi, *Pengantar Ilmu Hukum*, Penerbit Lakeisha, Klaten, 2022.

Moeljatno, Asas-Asas Hukum PIdana, edisi revisi, Penerbit RIneka Cipta, Jakarta, 2008.

Morris, Anne E., Michael A.Jones, *Blackstone's Statutes on Medical Law, 8th edition*, Oxford University Press, 2015.

Muhammad, Abdulkadir, *Hukum dan Penelitian,* Citra Aditya Bhakti, Bandung, 2005.

Mulyana, Deddy, *Ilmu Komunikasi Suatu Pengantar*, Remaja Rosdakarya,

Bandung, 2017.

Muntaha H., *Hukum Pidana Malpraktik Pertanggungjawaban dan Penghapus Pidana,* Sinar Grafika, Jakarta, 2017.

Nemie Putri, Jahn Kassim, *Medical Negligence Law in Malaysia*, International Law Book Service, Malaysia, 2003

Nieuwenhuis JH., *Pokok-Pokok Hukum Perikatan*, terjemahan, Djasadin Saragih, Fakultas Hukum Universitas Airlangga, 1986.

Panggabean HP., *Hukum Pembuktian Teori-Praktik dan Yurisprudensi Indonesia,* Penerbit Alumni Bandung, 2014.

Pitlo A., *Pembuktian dan Daluwarsa menurut Kitab Undang-Undang Hukum Perdata Belanda*, Intermasa, 1986.

Plato, *Republik,* Pustaka Promethea, Yogyakarta, 2015

Poesoko, Herowati., Djulaeka, Sri Astuti, Puspa Melati, *Krakteristik Pengaturan Zaakwaarneming Dalam Burgerlijk Wetboek,* dalam *Pokok-Pokok Pikiran Perbuatan Menurut Hukum Dan Perkembangannya di Indonesia*, UPT Unhas Press, 2018.

Prakoso, Abintoro., *Etika Profesi Hukum*, Laksbang Justitia, Surabaya, 2015.

Purbacaraka, Purnadi., Soerjono Soekanto, *Aneka Cara Pembedaan Hukum*, Alumni, Bandung, 1980.

Purwoleksono, Didik Endro *Hukum Pidana,* Airlangga University Press, Surabaya, 2014

Putri, Mery Christian., *Perjanjian Di Era Ekonomi Digital Tinjauan Yuridis dan Praktis*, Rajagrafindo Persada, Depok, 2020.

Rahardjo, Satjipto, *Ilmu Hukum,* Citra Aditya Bakti, Bandung, 2012.

Ratman, Desriza., *Mediasi Non Litigasi Terhadap Sengketa Madik Dengan Konsep Win-Win Solution*, Elex Media Komputindo, Jakarta, 2012.

Rawls, John, *Teori Keadilan : dasar-dasar filsafat politik untuk mewujudkan kesejahteraan social dalam negara, Cetakan ke-3.*, Pustaka Pelajar, Yogyakarta, 2019.

Riyadi, Machli, *Hukum Kesehatan Kontemporer*, Akademia, 2015.

_____ *Teori IKNEMOK dalam Mediasi Malpraktik Medik*, Prenada Media Group, Jakarta, 2018.

Roberia, *Hukum Jaminan Kesehatan Solusi Konstitusional Mengatasi Defisit Dalam Mewujudkan Negara Kesejahteraan Pancasila*, Gramata Publishing, Jakarta, 2019.

Roter, Debra L., Judity A.Hall, *Doctor Talking with Patients/Patients Talking with Doctors : Improving Communication in Medical Visits 2nd edition*, Praeger, London, 2006

Sadjijono, *Hukum Antara Sollen dan Sein (dalam perspektif hukum praktek di Indonesia),* UBHARA Press & LaksBang PRESSindo, Surabaya, 2017.

Saha, Amartya., Anurag Gupta, *Medical Profession and The Consumer Protection Act 1986: conlict and controversies*, Lambert Academic Publishing, 2012.

Salim HS, *Hukum Kontrak Elektronik*, Rajawali Press, Depok, 2021.

Saputra, Rendy., *Kedudukan Penyalahgunaan Keadaan Dalam Hukum Perjanjian Indonesia*, Gajah Mada University Press, Yogyakarta, 2016.

Sarja H., *Negara Hukum Teori dan Praktek*, Thafamedia, Yogyakarta, 2016.

Satrio J., *Wanprestasi Menurut KUHPerdata, Doktrin, dan Yurisprudensi*, Citra Aditya Bakti, Bandung, 2014.

Schudson, Michael. *The Rise of the Right to Know : Politics and The Culture of Transsparency (1945-1975),* Harvard University Press, London, 2015.

Sedarmayanti, *Good Governance & Good Corporate Governance edisi revisi*, Mandar Maju, Bandung, 2012.

Setiawan, I Ketut Oka., *Hukum Perikatan*, Sinar Grafika, Jakarta, 2015.

Setiawan, Rachmat., *Tinjauan Elementer Perbuatan Melanggar Hukum*, Binacipta, Bandung, 1991.

Sen, Amartya., *The Idea of Justice*, The Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, 2009

Simamora, Sogar., *Hukum Kontrak Prinsip-Prinsip Hukum Konrak Pengadaan Barang dan Jasa Pemerintah di Indonesia*, LaksBang PRESSindo, Surabaya, 2017

_____Faizal Kurniawan, Rizky Amalia, dan Xavier Nugraha, Karakteristik Kontrak Pemerintah Dan Problematika Penegakan Hukumnya, dalam Richo Andi Wibowo, *Kontrak Pemerintah Konsep, Ragam, Perkembangan Regulasi, dan Kajian Putusan*, Penerbit Kencara, Jakarta, 2021.

Sirajuddin, Didik Sukriono, Winardi, *Hukum Pelayanan Publik Berbasis Partisipasi dan Keterbukaan Informasi*, Setara Press, Malang, 2012.

Smith, Stephen A., *Atiyah's Introduction to the Law Of Contract, 6th edition,* Clarendon Press, Oxford, 2005.

Soehino, *Hak Asasi Manusia Perkembangan Pengaturan dan Pelaksanaan Hak Asasi Manusia di Indonesia (sejak kelahirannya sampai saat ini)*, Fakultas Ekonomi dan Bisnis UGM, 2013

Soeparto, Pitono et.al., *Etika dan Hukum di Bidang Kesehatan, edisi kedua*, Airlangga University Press, 2006.

Soetrisno, *Malpraktek Medik dan Mediasi Sebagai Alternatif Penyelesaian Sengketa*, Telaga Ilmu Indonesia, Tangerang, 2010.

Stauch, Marc., Kay Wheat, *Text, Cases, and Materials on Medical Laws and Ethics, 5th edition*, Routledge, London and New York, 2015

Subekti, *Pokok-POkok Hukum Perdata edisi 16*, Intermasa , 1985.

Suharso, Ana Retnoningsih, *Kamus Besar Bahasa Indonesia, Edisi Lux cetakan kesebelas*, Widya Karya Semarang, 2016

Suherman, Ade Maman., J.Satrio, *Penjelasan Hukum Tentang Batasan Umur (Kecakapan dan Kewenangan Bertindak Berdasar Batasan Umur)*, National Legal Reform Program, Jakarta, 2010.

Sukadana, I Made., *Mediasi Peradilan : Mediasi dalam Peradilan Perdata Indonesia dalam Rangka Mewujudkan Proses Peradilan yang Sederhana, Cepat, dan Biaya Ringan,* Prestasi Pustaka, Jakarta, 2012.

Supriadi, Wila Chandra, *Hukum Kedokteran,* Mandar Maju, 2001

Suseno, Franz Magnis *Pijar-Pijar Filsafat, Cetakan ke-7,* Penerbit Kanisius, Yogyakarta, 2005.

Sutarno, *Hukum Kesehatan Eutanasia, Keadilan, dan Hukum Positif di Indonesia,* Setara Press, Malang, 2014.

Syaifuddin, Muhammad, *Hukum Kontrak memahami Kontrak Dalam Perspektif Filsafat, Teori, Dogmatik, dan Praktik Hukum,* Mandar Maju, 2016.

Tahir, Arifin, *Kebijakan Publik dan Transparansi Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah,* Penerbit PT.Pustaka Indonesia Press, 2011.

Tanya, Bernard L., Yoan N Simanjuntak, dan Markus Y Hage, *Teori Hukum Strategi tertib Manusia Lintas Ruang dan Generasi edisi Revisi,* Genta Publishing, 2013.

Thamrin, Husni, *Hukum Pelayanan Publik di Indonesia,* Aswaja Pressindo, Yogyakarta, 2013.

Tjokroamidjojo, Bintoro, *Reformasi Nasional Penyelenggaraan Good Governance dan Perwujudan Masyarakat Madani,* Lembaga Administrasi negara, Jakarta, 2002.

Wacks, Raymond , *Justice,* Oneworld Publications, England, 2017.

Warendorf, Hans., Richard Thomas,dan Ias Curry-Summer, *The Civil Code of The Netherlands,* Wolters Kluwer, Netherlands, 2013.

Winata, Frans Hendra., *Hukum Penyelesaian Sengketa Arbitrase Nasional Indonesia dan Internasional,* Sinar Grafika, 2013.

Jurnal/Majalah/Website/Artikel

Atmadja, I Dewa Gede 'Menyoal Filsafat Ilmnu Hukum', *Jurnal Notariil, Vol. 2, No. 2, November 2017, 118-126,* https://ejournal.warmadewa.ac.id/index.php/notariil, h.125, diakses pada 9 Oktober 2022.

Adriana, Gina, 'Do Not Resucitate (DNR) Dalam Sistem Hukum Indonesia', *Jurnal Ilmiah Indonesia,* Mei 2021, 1 (5), 515 – 523, https://cerdika.publikasiindonesia.id/index.php/cerdika/article/download/82/172 diakses pada 11 Januari 2022.

Afandi, Dedi, 'Kaidah Dasar Bioetika dalam Pengambilan Keputusan Klinis Yang Etis', *Majalah Kedokteran Andalas*, Vol.40, No.2, September 2017, h.118, *diunduh dari* http://jurnalmka.fkunand.ac.id diakses pada 20 Desember 2021.

AHA Patient's Bill of Rights, *American Patient Rights Association*, diunduh dari https://www.americanpatient.org/aha-patients-bill-of-rights/ pada30 Januari 2022.

Alwy, Sabir., dan Afdhal, 'Perjanjian Terapeutik Sebagai Dasar Bagi Dokter Dalam Melakukan Penanganan Medis', *Akta Yudisia* 4(1),1-22, 2019, http://jurnal.borneo.ac.id/index.php/aktayudisia/article/view/1020 diakses pada 1 Februari 2022.

American College of Physicians, 'Healthcare Transparency— Focus On Price And Clinical Performance Information : a policy paper', 2010, h.2, https://www.acponline.org/acp_policy/policies/healthcare_transparency_2010.pdf diakses pada 17 Agustus 2022.

American Hospital Association, 'CMS Announces First Penalties Under Hospital Proce Transparency Rule', https://www.aha.org/news/headline/2022-06-09-cms-announces-first-penalties-under-hospital-price-transparency-rule diakses pada 17 Agsutus 2022.

American Medical Association, 'Physician and Medical Staff Member Bill of Rights H-225.94', https://policysearch.ama-assn.org/policyfinder/detail/H-225.942?uri=%2FAMADoc%2FHOD.xml-H-225.942.xml diakses pada 16 Juli 2022

Anand, Ghansham., 'Prinsip Kebebasan Berkontrak Dalam Penyusunan Kontrak', *Yuridika:* Volume 26 No 2, Mei-Agustus 2011, https://e-journal.unair.ac.id/YDK/article/view/265 diunduh pada 20 Agustus 2022.

_____Lintang Yudhantaka dan Manik Lingkar Katulistiwi, 'The Perspective of Indonesian Law on E-Commerce : Validity, Liability, and Dispute Settlement', *Padjajaran Jurnal Ilmu Hukum*, Vol.7, No.3 (2020) https://jurnal.unpad.ac.id/pjih/issue/view/1465 diakses pada 20 Agustus 2022.

Angelos, Peter, 'Complications, Errors, and Surgical Ethics', *World Journal of Surgery* volume 33, pages609–611 (2009), https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19225839/ diakses pada 2 Januari 2022

"Angka Kesembuhan COVID-19 Terus Meningkat Hingga 4.114.969 Orang", diunduh dari https://covid19.go.id/berita/angka-kesembuhan-covid-19-terus-meningkat-hingga-4114969-orang, pada 4 Januari 2022.

Aprilianto, Sapta., Agung Dian Syahputra, dan Gusti Ratih Ayu, 'Prinsip Otonomi Pasien Dalam Hubungan Hukum Dokter dengan Pasien di Indonesia', Seminar nasional Hasil-Hasil Peneliti Ilmu Hukum Tahun 2015.

Ardhira, Ajrina Yuka., Ghansham Anand, 'Itikad Baik dalam Proses Mediasi Perkara dan Perdata di Pengadilan', *Media Iuris*: Vol. 1 No. 2, Juni 2018m h.200-214, diunduh dari file:///C:/Users/HP/Downloads/admin,+ajrina+ghansham.pdf diakses pada 16 April 2022.

Astutik, 'Standar Pelayanan Medis Nasional Sebagai bentuk Pembatasan Otonomi Profesi Medis', *Holrev*, Vol.1 Issue 2, September 2017:pp.252-277, http://ojs.uho.ac.id/index.php/holrev/article/view/3645 diakses pada 3 Mei 2021.

Atiyah P.S., 'Medical Malpractice and The Contract/Tort Boundary', *49* L*aw and* C*ontemporary* P*roblems 287-303 (Spring 1986)*, https://scholarship.law.duke.edu/lcp/vol49/iss2/18 diakses pada 12 April 2022.

Ayers, Alan., 'Which Way to Go : The Pros and Cons of 1099 vs W-2 Income For Urgent Care Physicians', *JUCM The Jpurnal of Urgent Care Medicine*, July-Agustus 2018, www.jucm.com diakses pada 25 Agustus 2022.

Badan Penanggulangan Bencana Nasional, "Definisi Bencana", https://www.bnpb.go.id/definisi-bencana diakses pada 20 Agustus 2022.

Batasan Umur : Kecakapan dan Kewenangan Bertindak Berdasarkan Batasan Umur, *Tuada Perdata*, Rakernas 2011 Mahkamah Agung dengan Pengadilan Seluruh Indonesia, Jakarta 18-22 September 2011, https://putusan3.mahkamahagung.go.id/restatement/detail/11e939b30d9ec8a4a739313734313230.html diakses pada 15 Januari 2021.

Bird, Sara, 'Ending The Doctor-Patient Relationship (article and case study)', 2015, https://www.mdanational.com.au/advice-and-support/library/articles-and-case-studies/2015/05/end-dr-patient-relationship diakses pada 9 Januari 2022.

Brandt, 'The Concepts of Obligation and Duty', *Mind New Series*, Vol. 73, No. 291 (Jul., 1964), pp. 374-393, https://www.jstor.org/stable/2251943 diakses pada 27 Agustus 2022.

Britnell, Mark., et al., "Through the looking glass: A practical path to improving healthcare through transparency", *KPMG International*, 2017

Butarbutar, Elisabeth Nurhaini., 'Asas Ne Bis In Idem Dalam Gugatan Perbuatan Melawan Hukum Kajian Putusan Nomor 65/PDT.G/2013/PN-RAP', *Jurnal Yudisial* Vol. 11 No. 1 April 2018: 23 – 39, http://dx.doi.org/10.29123/jy.v11i1.167 diakses pada 16 April 2022.

Cardiopulmonary Resuscitation (CPR), *General Medical Council*, 2017, https://www.gmc-uk.org/ethical-guidance/ethical-guidance-for-doctors/treatment-and-care-towards-the-end-of-life/cardiopulmonary-resuscitation-cpr diakses pada10 januari 2022.

Centers for Medicare & Medicaid Services, *Hospital Price Transparency*, https://www.cms.gov/hospital-price-transparency diakses pada 17 Agustus 2022.

_____ *The No Surprises Act's Good Faith Estimates and Patient-Provider Dispute Resolution Requirements*, https://www.cms.gov/files/document/gfe-and-ppdr-requirements-slides.pdf diakses pada 22 Agustus 2022.

Chumaida, Zahry Vandawati, 'Menciptakan Itikad Baik Yang Berkeadilan Dalam Kontrak Asuransi Jiwa', dari https://e-journal.unair.ac.id/YDK/article/view/370/204 diakses pada 21 Agustus 2022.

Clinical Governance, https://www.safetyandquality.gov.au/our-work/clinical-governance diakses pada 14 Januari 2022.

Coulter, Angela., Alf Collins, "Making Shared Decision-Making A Reality : No decision about me, without me", The King Funds, Foundation for Informed Medical Decision Making, 2011 https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/Making-shared-decision-making-a-reality-paper-Angela-Coulter-Alf-Collins-July-2011_0.pdf diakses pada 20 januari 2022.

Consent form 1 : Patient agreement to investigation, treatment or procedure, Consent Policy v3.1 19Jul12, *Northern Devon Healthcare NHS Trust* https://www.northdevonhealth.nhs.uk/wp-content/uploads/2010/09/Consent-form1.pdf, diakses pada15 April 2022.

Cosgrove, Toby., "Transparency: A Patient's Right to Know", 2013, https://nam.edu/wp-content/uploads/2015/06/RighttoKnow.pdf diakses pada 27 Agustus 2022.

Country Health Plan 10th Malaysia plan 2011-2015, *Kemetrian Kesihatan Malaysia*, h.17, http:www.moh.gov.my.

"Covid-19: Concern over 'do not resuscitate' decisions during pandemic", *BBC NEWS*,18 March 2021, https://www.bbc.com/news/health-56435428 diakses pada 11 januari 2022.

Curtice, Martin et.al, 'The Proportionality Principle and What It Means in Practice', *The Psychiatrist* (2011),35,111-116, doi:10.1192/pb.bp.110.032458 diakses pada 7 Juli 2022

Dahlui, Maznah., dan Norlaili Abdul Aziz, 'Developing Health Service Hub in ASEAN and Asia Region Country Report on Healthcare Service Industry in Malaysia', in Tullao, T. S. and H. H. Lim (eds.), Developing ASEAN Economic Community (AEC) into A Global Services Hub, *ERIA Research Project Report* 2011-1, Jakarta: ERIA, pp.65-110, https://www.eria.org/Chapter%202-Malaysia's%20Report%20on%20Health%20Services.pdf diakses pada 7 januari 2022.

Darkin, Adam W., dan Margaret A Cary., *Telemedicine and Telehealth (Principles, Policies, performance, and Pitfalls,* Springer Publishing Company Inc., New York, 2000

Darmawan, Ede Surya., 'Pelayanan Kesehatan: Berkualitas Dan Atau Ditinggalkan?', JUKEMA Vol. 4, No. 2, Oktober 2018: 302-304, h.304, https://ejournal.unmuha.ac.id/index.php/JKMA/article/view/676 diakses pada 2 Desember 2021.

Debbarma, Juthika., Neha Gupta, dan NK Aggarwal, 'Consumer Protection Act – Blessing or Curse to medical Profession?', *Delhi Psychiatry Journal*, Vol.12 No.2, October 2009, https://www.coursehero.com/file/54676709/daat09i2p302pdf/ diakses pada 20 Agustus 2022.

Declaration on the Promotion of Patients Rights in Europe, *European Consultation of the Rigths of Patients,* Amsterdam 1994, diakses pada 2 April 2022.

Dharma, Agustinus Dana Suka., 'Keberagaman Pengaturan Batas Usia Dewasa Seseorang Untuk Melakukan Perbuatan Hukum Dalam Peraturan Perundang-Undangan di Indonesia', *Jurnal Repertorium*, ISSN:2355-2646, Vol II No.2 Juli-Desember 2015, https://media.neliti.com/media/publications/213158-keberagaman-pengaturan-batas-usia-dewasa.pdf diakses pada 15 November 2020.

Dharma, Alexander Arie Sanata., dan Azhar Kasim,' Infodemi Covid-19 dalam Perspektif Open Government: Sebuah Tinjauan Literatur', *JIIP: Jurnal Ilmiah Ilmu Pemerintahan* Vol. 6, No. 1, Tahun 2021,h.106, https://ejournal2.undip.ac.id/index.php/jiip/article/view/10372 diakses pada 4 Januari 2022.

Dijkstra, Rachel I., et al., 'Medical Dispute Committees in the Netherlands: a qualitative study of patient expectations and experiences', *BMC Health Services Research* (2022) 22:650, https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-022-08021-2.pdf diakses pada 16 Mei 2022

Dindo, Daniel., Nicolas Demartines, dan Pierre-Alain Clavien, 'Classification of Surgical Complications', *Ann Surg.* 2004 Aug; 240(2): 205–213, diakses 1 Januari 2022.

Djen, Nuryani M., "Analisis Biaya Dan Gambaran Outcome Klinis Pada Pasien Apendiktomi Bpjs Kesehatan Di Rs PKU Muhammadiyah Yogyakarta Januari – Desember 2014", h.58, https://dspace.uii.ac.id/bitstream/handle/123456789/3922/04%20abstract.pdf?sequence=4&isAllowed=y diakses pada 2 Januari 2022.

Douven, Rudy., Monique Burger, dan Frederik Schut, 'Does managed competition constrain hospitals' contract prices? Evidence from the Netherlands', *Health Economics, Policy and Law* (2020), 15, 341–354, https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/4765F8386200CDBE60D6B79658E28D7C/S1744133119000215a.pdf/does-managed-competition-constrain-hospitals-contract-prices-evidence-from-the-netherlands.pdf diakses pada 17 Agustus 2022.

Elviandri , Khuzdaifah Dimyati, dan Absori, 'Quo vadis Negara Kesejahteraan: meneguhkan ideologi welfare state negara hukum kesejahteraan indonesia', *MIMBAR HUKUM* Volume 31, Nomor 2, Juni 2019, Halaman 252-266, https://jurnal.ugm.ac.id/jmh/article/download/32986/25629 diakses pada 1 Mei 2021.

English, Dan C., .Moral Obligations of Patients: A Clinical View., *Journal of Medicine and Philosophy*, 30:2, 139-152, 2005, https://academic.oup.com/jmp/article-abstract/30/2/139/923342 diakses pada 23 Januari 2022.

Ennis-O Connor, Marie., "What Does It Mean To Be An Empowered Patient?", Patient Empowerement Network, May 22, 2018,

https://powerfulpatients.org/2018/05/22/what-does-it-mean-to-be-an-empowered-patient/ diakses pada 6 Januari 2022.

Esham, Alyssa Dalila Binti Badli., 'The Doctrine of Informed Consent and Duty of Disclosure: A Comparative Essay between the US, UK, Australia, and Malaysia with Indonesia', *Indonesian Comparative Law Review Volume* 2 No 1, December 2019, h. 15, https://journal.umy.ac.id/index.php/iclr/article/view/8037 diakses pada 17 April 2022.

Ezekiel, J. Emanuel, dan Linda L.Emanuel, 'Four models of the physician-patient relationship, *JAMA The Journal of the American Association, vol.267, 1992, p.2221(6)*

Fainzang, Sylvie., 'Lying, secrecy and power within the doctor - patient relationship', *Anthropology & Medicine*, Vol. 9, n2, 2002: 118-133, https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1364847022000034574 diakses pada 1 Januari 2022.

Faunce TA, dan SN Bolsin, 'Fiduciary Disclosure of Medical Mistakes : The Duty to Promptly notify Patients of Adverse health care Event'., *Journal of law and Medicine(*2005)12 JLM 478

Farmer, Linda., dan Ann Lundy, 'Informed Consent: Ethical and Legal Considerations for Advanced Practice Nurses', *The Journal for Nurse Practitioners*, Volume 13, Issue 2, February 2017, p.124-126 diakses pada 2 Januari 2002.

Felzmann, Heike., et al., 'Towards Transparency by Design for Artifcial Intelligence', *Science and Engineering Ethics* (2020) 26:3333–3361, https://doi.org/10.1007/s11948-020-00276-4 diakses pada 18 Agustus 2022.

Godager, Geir, 'Does Performance Disclosure Influence Physician's medical Decision ? An Experimental Study', *Journal of Economic Behaviour and Organization*, Vol.131, Part B, November 2016

Government of Netherlands, "Health Insurance", https://www.government.nl/topics/health-insurance diakses pada 17 Agustus 2022.

Guanais, Frederico C., 'Patient Empowerment Can Lead To Improvements In Health-Care Quality', *Bull World Health Organ* 2017;95:489–490, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5487978/ diakses pada 7 Januari 2022.

Guidance on Professional Standards and Ethics for Doctors Decision Making and Consent, *General Medical Council*, h.7, www.gmc-uk.gov diakses pada 3 januari 2022.

Haiti, Diana., 'Tanggung Jawab Dokter Dalam Terjadinya Malpraktik Medik Ditinjau Dari Hukum Administrasi', *Badamai Law Journal*, Vol. 2, Issues 2, September 2017, h.212, diakses pada 9 Januari 2022.

Halabi, Sam F., 'Against Fiduciary Utopianism: The Regulation of Physician Conflicts of Interest and Standards of Care', *11 U.C. IRVINE L. REV.* 433 (2020), https://scholarship.law.uci.edu/ucilr/vol11/iss2/8 diakses pada 12 Januari 2022.

Hall, Mark A., "The Legal and Historical Foundations of Patients as Medical Consumers", Vol.96:583:2008, https://heinonline.org/HOL/Page?collection=journals&handle=hein.journals/glj96&id=587&men_tab=srchresults diakses pada 23 Agustus 2022.

Hambali, Siti Nnisahah., dan Solmaz Khodapanahandeh, 'A Review of Medical Malpractice Issues in Malaysia under Tort Litigation System', *Global Journal of Health Science;* Vol. 6, No. 4; 2014, diun https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4825259/ diakses pada 15 April 2022.

Hanum, Chaina., Ardi Findyartini, 'Interprofessional Shared Decision-Making: A Literature Review', *Jurnal Pendidikan Kedokteran Indonesia*, 2020; 9(1): 81-94, https://jurnal.ugm.ac.id/jpki/article/view/49207 diakses pada 23 Januari 2022.

Health and Human Rights International Covenant on Civil and Political Rights, *WHO, https://www.who.int/hhr/Civil_political_rights.pdf* diakses pada 5 Maret 2022.

Health and Human Rights, International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights, *WHO*, https://www.who.int/hhr/Economic_social_cultural.pdf diakses pada 5 Maret 2022.

Hernoko, Agus Yudha., Ghansham Anand, dan Bagus Oktavian, "Implementasi Asas Proporsionalitas dalam Perjanjian Terapeutik (Upaya untuk mewujudkan doktrin hubungan dokter dan pasien yang berkeadilan)", *Penelitian RKAT FH Universitas Airlangga*, 2017

_____ Ghansam, Anand, 'The Anatomy of Informed Consent that Provides Legal Protection for Every Party', *Anvances in Social Science, Education, and Humanity Research*, vol 390, International Conference

on Research and Academic Community Services 2019, Atlantis Press, 2019

_____Ghansham Anand, Fiska Silvia Raden Roro, 'Method Determining the Content of The Contract', Hasanuddin Law Review, Vol.3 Issue 1, April (2017), http://pasca.unhas.ac.id/ojs/index.php/halrev diakses pada 20 Agustus 2022.

_____ Ghansham Anand, 'The Application of Circumstance Abuse Doctrine (Misbruik Van Omstandigheden) on Judicial Practice in Indonesia', *Journal of Advanced Research in Law and Economics* 8(7):2138-2143, https://www.researchgate.net/publication/326467500_The_application_of_circumstance_abuse_doctrine_Misbruik_Van_Omstandigheden_on_judicial_practice_in_Indonesia diakses pada 20 Agustus 2022.

Hidayat, Rif'atul., 'Hak Atas Derajat Pelayanan Kesehatan Yang Optimal', *SYARIAH Jurnal Hukum dan Pemikiran*, Volume 16, Nomor 2, Desember 2016, h.128, https://jurnal.uin-antasari.ac.id/index.php/syariah/article/view/1035 diakses pada 6 januari 2022.

Holmvall, Camilla, et.al, ' Justice and Comitment Constructs to Patient Health Care Provider Relationship', *Can Fam Physician* 2012;58:e159-65

"Hospital Price Transparency FrequentlyAskedQuestions", 6 May 2022, h. 3, https://www.cms.gov/files/document/hospital-price-transparency-frequently-asked-questions.pdf diakses pada 17 Agustus 2022.

Howard, Brody, 'Transparency : Informed consent in Primary Care', *The Hastings Centre Report*, vol.19(05)

Huda, Mokhamad Khoirul, 'An Obligation to Represent and Disclose Material Facts as a Good Faith in Life Insurance Contract', *Mediterranean Journal of Social Sciences*, Vol 8 No 4 S1 July 2017, http://archive.sciendo.com/MJSS/mjss.2018.8.issue-4-1/mjss-2018-0073/mjss-2018-0073.pdf diakses pada 21 Agustus 2022.

Hui, EC, 'Doctors as fiduciaries : a legal construct of the patient-physician relationship', *Hongkong Med J*, vol 11 no.6, December 2005

Human Right Library, University of Minnesota, *Study Guide : The Right to Means for Adequate Health*, 2003. Diunduh pada 12 Juli 2021

Indiana State Medical Association, *What is a Qualified Health Professional (QHP), clinical staff member?*, diu https://www.ismanet.org/pdf/education/QHP10-6-16.pdf diakses pada 10 Juli 2022.

Informed Consent, *American Medical Association*, https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/informed-consent diakses pada 30 januari 2022.

"Informed Consent Guidance - How to Prepare a Readable Consent Form", *John Hopkins Medicine*, April 2016, diunduh dari https://www.hopkinsmedicine.org/institutional_review_board/guidelines_policies/guidelines/informed_consent_ii.html, diunduh pada 15 April 2022.

Ismail, Mohamad Ayob., dan Marhani Midin, 'Shared Decision-Making and Role Preference Among Patients With Schizophrenia in Malaysia: A Cross-Sectional Study', *Informatics in Medicine Unlocked* 21 (2020) 100450, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34381387/ diakses pada 8 Januari 2022.

Iswahyudi, Aries., Iwan Triyuwono, dan M. Achsin, 'Hubungan Pemahaman Akuntabilitas, Transparansi, Partisipasi, Value For Money Dan Good Governance', *Jurnal Ilmiah Akuntansi* • Vol. 1, No. 2, Hal: 151-166 • Desember 2016, https://ejournal.undiksha.ac.id/index.php/JIA/article/view/9992 diakses pada 24 Januari 2022.

Janssen, Sharon L., Nynke Venema-Taat, dan Stephanie Medlock, 'Anticipated Benefits and Concerns of Sharing Hospital Outpatient Visit Notes With Patients (Open Notes) in Dutch Hospitals: Mixed Methods Study', *J Med Internet Res* 2021;23(8):e27764,h.1 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8387887/ diakses pada 7 januari 2022.

KBBI Daring, *Badan Pengembangan dan Pembinaan Bahasa, Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi Republik Indonesia*, 2016, diunduh dari https://kbbi.kemdikbud.go.id/ pada 8 Januari 2022.

Kelly, Jaimon T., et al., 'The Internet of Things: Impact and Implications for Health Care Delivery', *J Med Internet Res* 2020;22(11):e20135, dari https://acola.org/acola-iot-input-paper_the-state-of-iot-in-healthcare_kelly-campbell-scuffham diakses pada 8 Januari 2022.

Kemp, Elyria., et al., 'Information Transparency: Examining physicians' perspectives toward online consumer reviews in the United States',

International Journal of Healthcare Management , February 2020, https://www.tandfonline.com/loi/yjhm20, diakses pada 7 Januari 2022.

Kompilasi Rumusan Hasil Rapat Pleno Kamar Cetakan ke-3, *Mahkamah Agung Republik Indonesia*, 2018.

Konnoth, Craig J., 'Transparency versus Informed Consent The Patient/Consumer Paradigms', *U of Colorado Law Legal Studies Research Paper* No. 20-26, https://deliverypdf.ssrn.com/delivery.php?ID=825123001111124065095065029017117002121019058093035031103092106005118002000023122091019024039057118017026011001082121099111089037075086051088094076024119125029089040050095106010123083102121007127118112083024023093004095115111099073019068006087086003&EXT=pdf&INDEX=TRUE diakses pada 27 Agustus 2022.

Konya, Matthew., 'DNR tattoos: Are they legal and is EMS bound to comply?', Jan 11, 2018, https://www.ems1.com/paramedic-chief/articles/dnr-tattoos-are-they-legal-and-is-ems-bound-to-comply-RE78PPdJlpo3zjUs/ diakses pada 11 Januari 2022.

Kristiyanto, dan Eko Noer., 'Urgensi Keterbukaan Informasi Dalam Penyelenggaraan Pelayanan Publik', *Jurnal Penelitian Hukum DE JURE*, ISSN 1410-5632 Vol. 16 No. 2, Juni 2016 : 231 – 244, https://ejournal.balitbangham.go.id/index.php/dejure/article/view/59 diakses pada 4 januari 2022.

Kurniawan, Dhani., dan Veronica Komalawati, 'Kompetensi Dan Kewenangan Praktik Kedokteran: Perspektif Hukum Di Indonesia', *Jurnal Ilmiah Hukum De'Jure: Kajian Ilmiah Hukum*, Volume 3, Nomor 1, Mei 2018, https://journal.unsika.ac.id/index.php/jurnalilmiahhukumdejure/article/download/1891/1527/5181 diakses pada 1 Januari 2022.

Kurniawan, Faizal., et al., 'The Principle of Balance Formulation as the Basis for Cancellation of Agreement in Indonesia', *Lex Scientia Law Review*, Vol 6 No1 (2022), https://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/lslr/issue/view/2302 diakses pada 22 Agustus 2022.

_____ Erni Agustin, dan Rizky Amalia, 'Unsur Kerugian Dalam Unjustified Enrichment Untuk Mewujudkan Keadilan Korektif (Corrective Justice)', *Yuridika*: Volume 33 No. 1, Januari 2018, https://ojs2.e-journal.unair.ac.id/YDK/article/view/7201 diakses pada 20 Agustus 2022.

Kwoka, Margaret dan Bridget Dupey, "Targeted Transparency as Regulation", *Florida State University Law Review 48, no. 2 (Winter 2021): 385-442,* https://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3876348, diakses pada 2 Agustus 2022.

Leana, Ade., dan Adang Bachtiar, 'An Analysis of The Hospital Bylaws Policies to Protect Healthcare Workers Against Indictments of Adverse Events', *Journal Of Indonesian Health Policy And Administration*, Januari 2017, Vol. 02, No. 1, hal 12 – 17, https://journal.fkm.ui.ac.id/ihpa/article/view/1848 diakses pada 14 Januari 2022.

Leape, Lucian L., "Full Disclosure and Apology : an Idea Whose Time has Come", Special Report : Patient Trust and Safety, The Physician Executive, March-April 2006.

Levy, Andrea Gurmankin et al., 'Prevalence of and Factors Associated With Patient Nondisclosure of Medically Relevant Information to Clinicians', *JAMA Network Open*. 2018;1(7):e185293. doi:10.1001/jamanetworkopen.2018.5293, https://jamanetwork.com diakses pada 16 April 2022.

Luy, Jorg, 'The Principle of Proportionality : The Concept and Its Aplication to Animal Protection Issues such as the "Three RS" and the "Harm-Benefit Analysis*"'*, ALTEX Proceedings 4(1), 2015

Malcolmson, Don, 'The patient's Right to Know', *Journal of Medical Regulation,v*ol.101., No.3., 2015

Mandala, Subianta., 'UPICC Sebagai Model Bagi Pembaruan Hukum Kontrak Indonesia dalam Rangka Masyarakat Ekonomi ASEAN', *Jurnal Media Hukum*, Vol.24. No.2/Desember 2017, https://journal.umy.ac.id/index.php/jmh/article/view/3075 diakses pada 6 November 2020.

Malaysian Medical Council Guideline: Consent for Treatment of Patients by Registered Medical Practitioners, 2016, diunduh dari file:///C:/Users/HP/Downloads/Consent_Guideline_21062016%20(2).pdf pada 20 April 2022.

Mantili, Rai., dan Sutanto, 'Kumulasi Gugatan Perbuatan Melawan Hukum dan Gugatan Wanprestasi Dalam Kajian Hukum Acara Perdata di Indonesia', *Dialogia Iuridica: Jurnal Hukum Bisnis dan Investasi*, Volume 10 Nomor 2, April 2019, p.001-018, 1210-Article Text-3091-1-10-20190510.pdf, diunduh pada 16 April 2022.

McCormick, ThomasR., "Principles of Bioethics", *Faculty, Bioethics & Humanities University of Washington*, https://depts.washington.edu/bhdept/ethics-medicine/bioethics-topics/articles/principles-bioethics diakses pada 2 April 2022.

McWilliams, dan J. Michael., 'Information Transparency for Health Care Consumers: Clear, but Effective?', *J Gen Intern Med* 28(11):1387–8, h.1388, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3797351/ diakses pada 7 Januari 2022.

Meijer, Albert., 'Understanding Modern Transparency', *International Review of Administrative Sciences*, Vol 75(2):255–269 [DOI:10.1177/0020852309104175], http://ras.sagepub.com/content/75/2/255.full.pdf diakses pada 7 januari 2022.

Michael, Benjamin Mc., R. Lawrence Van Horn, W. Kip Viscusi,' "Sorry" Is Never Enough: How State Apology Laws Fail to Reduce Medical Malpractice Liability Risk', *71 STAN. L. REV.* 341 (2019), https://scholarship.law.ua.edu/fac_articles/647 diakses pada 20 mei 2022.

Miller, Frances H., 'The New Health Care for Profit: Doctors and Hospitals in a Competitive Environment', Washington (DC): National Academies Press (US); 1983, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK216764/ diakses pada 27 Agustus 2022.

Miron, Christina Guirao., 'The Ethical Foundation of Social Policy : Martha Nussbaum and Dependency', *Research on Ageing and Social Policy* Vol.5 No.2, July 2017

"MK Sahkan IDI Sebagai Organisasi Tunggal Kedokteran", *Kanal Pengetahuan FK UGM*, 2017, https://kanalpengetahuan.fk.ugm.ac.id/mk-sahkan-idi-sebagai-organisasi-tunggal-kedokteran/ diakses pada 8 januari 2022.

Naskah Akademik Rancangan Undang-Undang Hukum Kontrak, *Badan Pembinaan Hukum Nasional Kementrian Hukum dan HAM RI*, 2013.

Nasucha, Muchammad., dan M. Ghozali Moenawar, 'Covid-19, Asimetri Dan Keterbukaan Informasi Publik', *Media, Komunikasi dan Informasi di Masa Pandemi Covid-19*, https://eprints.uai.ac.id/1465/2/ILS0076-20_Isi-Artikel.pdf diakses pada 4 Januari 2022.

Ng, Chirk-Jenn., Ping-Yein Lee , Yew-Kong Lee, et.al, 'An Overview Of Patient Involvement In Healthcare Decision-Making: A Situational Analysis Of The Malaysian Context', *BMC Health Services Research* 2013, 13:408,

https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-408 diakses pada 8 januari 2022.

Nir Eyal, 'Using Informed Consent to Save Trust', *J Med Ethics* 2014 Patients and Responsibility, Health University of Utah, 2017, https://www.healthcare.utah.edu/hospital/rights.php

Oisina, Ilona Vicenovie., dan Ivonne Ruth Vitamaya Osidhi, 'Korelasi Komunikasi Interpersonal Efektif & Kualitas Layanan Tim Medis terhadap Kepuasan Pasien', *Jurnal Komunikasi Islam | V olume 08, N omor 01, Juni 2018.*

"Omni Cabut Gugatan, Koin Tetap Diberikan kepada Prita", *Kompas.com* - 11/12/2009, 11:26 WIB, diunduh dari https://nasional.kompas.com/read/2009/12/11/11262690/~Megapolitan~News pada 12 Januari 2022.

Ong, Cecilia, 'Medical Mediation : Bring Everyone to the Table', *Bulletin of the American College of Surgeons,* Published : March 2, 2013

Onn, Lee Poh., 'What Lies Ahead for Malaysian Healthcare?', *ISEAS Economics Working Paper,* No. 2015-4, 2015, https://www.semanticscholar.org/paper/What-Lies-Ahead-for-Malaysian-Healthcare-Onn/429b21515144c8dfd4ea314a14524ec36b614a7a Nemie Putri, Jahn Kassim, *Medical Negligence Law in Malaysia*, International Law Book Service, Malaysia, 2003 pada 7 Januari 2022.

Ossebaard, Hans C., Lisette van Gemert-Pijnen, Erwin R. Seydel, 'Technology for Transparency: The Case of the Web-Based Dutch National Health Portal', *Article in Policy and Internet*, Volume 4, Issue 2 • 2012 • Article 8, https://www.semanticscholar.org/paper/Technology-for-Transparency%3A-The-Case-of-the-Dutch-Ossebaard-Gemert-pijnen/a54b96cd72bbb8e31dae1913c4016c7f37512f92 diakses pada 7 januari 2022.

Outreville, J. François., 'The Meaning of Risk', https://www.researchgate.net/publication/302305568_The_Meaning_of_Risk diakses pada 1 Februari 2022.

Panduan DNR SNARS, 2012, http://snars.web.id/rs/panduan-dnr-do-not-resuscitate/ diakses pada 9 Januari 2022.

Panique, Lisa, 'Can Patients Contribute to Medical Negligence?', *Virtual Mentor.* April 2003, Volume 5, Number 4. doi: 10.1001/virtualmentor.2003.5.4.hlaw1-0304,

https://journalofethics.ama-assn.org/sites/journalofethics.ama-assn.org/files/2018-07/hlaw1-0304.pdf diakses pada 17 April 2022.

Parker, Michelle, *Physician's Bill Of Rights*, https://www.kevinmd.com/2017/02/physicians-bill-rights.html diakses pada 16 Juli 2022.

"Patients and Responsibility", *Health University of Utah*, 2017, https://www.healthcare.utah.edu/hospital/rights.php diakses pada 31 Desember 2021.

Pellegrino, Edmund D., 'Patient and Physician Autonomy : Conflicting Rights and Obligations in the Physician-Patient Relationship', *Journal of Contemporary Health Law & Policy*, Vol 10:47, http://scholarship.law.edu/jhclp/vol10/iss1/8 diakses pada 2 Juni 2022.

"Pemerintah Wacanakan Pembatasan Praktik Dokter Hanya di Satu Tempat", 31 Oktober 2021, https://www.voaindonesia.com/a/pemerintah-wacanakan-pembatasan-praktik-dokter-hanya-di-satu-tempat/6291966.html diakses pada 27 Agustus 2022.

Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia, *Telemedisin Rekomendasi IDI Untuk Masa Depan Digitalisasi Kesehatan di Indonesia,* 2018

Perkes, Gregory T., 'Medical Malpractice - Ostensible Agency and Corporate Negligence - Hospital Liability May Be Based on Either Doctrine of Ostensible Agency or Doctrine of Corporate Negligence', *17 St. MARY's L.J.* 551 (1986), https://heinonline.org/HOL/Page?handle=hein.journals/stmlj17&collection=journals&id=563&startid=&endid=590 diakses pada 26 Agustus 2022.

Poli, Vanggy., Grace H. Tampongangoy, dan Grace M. F. Karwur, 'Analisis Yuridis Implementasi Asas Nebis In Idem Dalam Perkara Perdata (Studi Kasus Putusan Nomor: 145/Pdt.G/2017/Pn.Thn)', *Lex Privatum* Vol. IX/No. 4/Apr/EK/2021, h.125, https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/lexprivatum/article/viewFile/33351/31546, diunduh pada 16 April 2022.

Professional Standards Authority for Health and Social Care, "Telling patients the truth when something goes wrong : Evaluating the progress of professional regulators in embedding professionals' duty to be candid to patients", Januari 2019, https://www.professionalstandards.org.uk/docs/default-source/publications/research-paper/telling-patients-the-truth-when-something-goes-wrong---how-have-professional-regulators-

encouraged-professionals-to-be-candid-to-patients.pdf?sfvrsn=100f7520_6 diakses pada 27 Agustus 2022.

Prahoro, Kuwindo., dan Trisadini Prasastinah Usanti, 'Tanggung Gugat Dalam Transaksi Melalui Internet Banking', *Hukum Bisnis*, Universitas Narotama Surabaya Volume 3 Nomor 2, Oktober 2019, http://download.garuda.kemdikbud.go.id/article.php?article=1505023&val=17976&title=TANGGUNG%20GUGAT%20DALAM%20TRANSAKSI%20MELALUI%20INTERNET%20BANKING diakses pada 23 Agustus 2022.

Principles of Care, *Australian Commission on Safety ans Quality in Health Care*, 2022, https://www.safetyandquality.gov.au/standards/clinical-care-standards/about-clinical-care-standards/principles-care diakses pada 18 April 2022.

Priyono, Ery Agus., 'Pengaruh Globalisasi Ekonomi Terhadap Perubahan Peraturan Bidang Perjanjian di Indonesia', *Diponegoro Private Law Review*, Vol.3 No1, Oktober 2018, https://ejournal2.undip.ac.id/index.php/dplr/article/view/3827 diakses diakses pada 5 November 2020.

Rahmatini, 'Evaluasi Khasiat Dan Keamanan Obat (Uji Klinik)', *Majalah Kedokteran Andalas* No.1. Vol.34. Januari-Juni 2010, http://jurnalmka.fk.unand.ac.id/index.php/art/article/view/66 diakses pada 19 April 2022.

Rizki, Muhamad, *"Logische Spesialiteit" Saksi Keluarga Dalam Perkara Perceraian",* Badilag MA, 2013.

Rois, Nur, 'Menggugat Keilmuan Ilmu Hukum: Telaah Ilmu Hukum Dari Sudut Filsafat Ilmu', *Jurnal Ilmu Hukum REUSAM: Volume X Nomor 1 (Mei 2022) : 66-86*, https://ojs.unimal.ac.id/reusam/article/download/8913/3993, h.71, diakses pada 9 Oktober 2022.

Ross, Nina E., dan William J. Newman, 'The Role of Apology Laws in Medical Malpractice', *J Am Acad Psychiatry Law* 49(3) online, 202, http://jaapl.org/content/jaapl/early/2021/05/19/JAAPL.200107-20.full.pdf diakses pada 20 Mei 2022.

Rusydia, Arni Rizqiani., et al., 'Implementation of Good Hospital Corporate Governance (GCG) in Makassar, Indonesia', *International Journal of*

Innovation, Creativity and Change Volume 12, Issue 7, 2020 www.ijicc.net diakses pada 15 Januari 2022.

Salam, Syukron, 'Perkembangan Doktrin Perbuatan Melawan Hukum Penguasa', *Nurani Hukum*. Vol. 1 No. 1 Desember 2018. ISSN. 2655-7169, h.35, https://jurnal.untirta.ac.id/index.php/nhk/article/download/4818/3462 diakses pada 20 Maret 2022.

Santa, John, 'Transparency in The Cost of Care', in Pierre L. Young and LeighAnne Olsen, *The Healthcare Imperative: Lowering Costs and Improving Outcomes: Workshop Series Summary*, Roundtable on Evidence-Based Medicine; Institute of Medicine, The National Academies Press, 2010, http://elibrary.pcu.edu.ph:9000/digi/NA02/2011/12213.pdf diakses pada 2 Januari 2022.

Sarwirini, 'Implementasi Restorative Justice Dalam Penegakan Hukum Pajak', *Yuridika* : Volume 29 No 3, September-Desember 2014, https://e-journal.unair.ac.id/YDK/article/view/378 diakses pada 21 Agustus 2022.

Sastro A, Dhoho., dan M. Yasin Ricky Gunawan, *Buku Saku Mengenal Undang-Undang Keterbukaan Informasi Publik*, Lembaga Bantuan Hukum Masyarakat, Jakarta, 2010.

Sfakianakis, Alexandros, 'Medicine Is The Science And Art Of Healing', *Otolaryngology* 2016, 6:2 (Suppl), diunduh pada 30 Januari 2022.

Shanmugam K., 'Testing the Bolam Test: Consequences of Recent Developments', *Singapore Med J* 2002 Vol 43(1) : 007-011, http://www.smj.org.sg/sites/default/files/4301/4301l1.pdf diakses pada 20 April 2022.

Shao, Yiqiang, 'Evolution of Vicarious Liability: How the Independent Contractor Defence was Lost', *Public Interest Law Journal of New Zealand* (2019) 6 PILJNZ 63, http://www.nzlii.org/cgi-bin/download.cgi/cgi-bin/download.cgi/download/nz/journals/NZPubIntLawJl/2019/4.pdf diakses pada 26 Agustus 2022.

Shukia, Ashish, 'Changing Scenario of Doctor-Patient Relationship : a consumerist approach', *International Journal for Research in Applied Science & Engineering technology (IJRASET)*, Volume 2 Issue XII, December 2014, https://1library.net/document/zp0193oq-changing-scenario-doctor-patient-relationship-consumerist-approach.html diakses pada 23 Agustus 2022.

Simamora, Sogar, 'Fungsi Itikad Baik Dalam Kontrak (Suatu Orientasi Dengan Metode Pendekatan Sistem)', *Perspektif* Volume VI, No.3, Edisi Juli, Tahun 2001, https://jurnal-perspektif.org/index.php/perspektif/article/view/542 diakses pada 21 Agustus 2022.

Singh, Kirti., et al., 'Legal Liabilities and Duties of a Doctor: Part 1', *Delhi J Ophthalmol* 2017;28;47-50; Doi http://dx.doi.org/10.7869/djo.293, http://www.puttop.top/object.php?u=https://www.djo.org.in/articles/28/1/legal-liabilities.html&title=Legal%20Liabilities%20and%20Duties%20of%20a%20Doctor:%20Part%201 diakses pada 15 Juli 2022.

Sisk, Bryan., et al., 'The Truth about Truth-Telling in American Medicine: A Brief History', *The Permanente Journal/Perm J* 2016 Summer;20(3):15-219, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4991917/pdf/permj20_3p0074.pdf diakses pada 27 Agustus 2022.

"Six Steps to Shared Decision Making", *Massachusetts General Hospital*, https://www.mghpcs.org/eed_portal/Documents/PatientEd/6_steps_to_SDM.pdf diakses pada 23 Januari 2022.

Sivanadarajah N., et al., 'Informed Consent And The Readability Of The Written Consent Form', *Ann R Coll Surg Engl* 2017; 99: 645–649, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5696940/pdf/rcsann.2017.0188.pdf diakses pada 15 April 2022

Solikin, M.Nur., dan Herawati, 'Aspek Hukum Keselamatan dan Kesehatan Kerja Bagi Tenaga Kesehatan dan Tenaga Medis di Masa Pandemi', *Majalah Hukum Nasional* ,Volume 50 Nomor 2 Tahun 2020, h.163-182, http://mhn.bphn.go.id/index.php/MHN/article/view/74. diakses pada 5 Januari 2022.

Subagyono, Bambang Sugeng Ariadi., et al., 'Perlindungan Konsumen Muslim atas Produk Halal', *Perspektif Hukum*, Vol.20 No.2 November 2020 : 306-327, https://perspektif-hukum.hangtuah.ac.id/index.php/jurnal/article/view/82 diakses pada 23 Agustus 2022.

Sudjana, 'Efektivitas dan Efisiensi Penyelesaian Sengketa kekayaan Intelektual Melalui Arbitrase dan Mediasi Berdasarkan Undang-Undang Nomor 30 tahun 1999', *AJUDIKASI : Jurnal Ilmu Hukum*, Vol.2 No.1, Juni 2018. Hlm.81-96, https://e-

jurnal.lppmunsera.org/index.php/ajudikasi/article/view/598/pdf diakses pada 8 April 2022.

Sugiarti, Ida, 'Perbandingan Hukum Informed Consent Indonesia Dan Amerika Serikat', *Jurnal Hukum Syiar Hukum FH.UNISBA*. VOL. XII. NO. 3 November 2010, file:///C:/Users/HP/Downloads/25261-ID-perbandingan-hukum-informed-consent-indonesia-dan-amerika-serikat.pdf diakses pada 18 April 2022.

Suivante, Francais La Page., 'Is Medicine Still a Profession ?', *CMAJ*, March 14, 2006, 174(6), https://www.cmaj.ca/content/cmaj/174/6/743.full.pdf diakses pada 23 Agustus 2022.

Susetiyo, Weppy., dan Anik Iftitah, 'Peranan Dan Tanggungjawab Pemerintah Dalam Pelayanan Kesehatan Pasca Berlakunya UU Cipta Kerja', *Jurnal Supremasi*, Volume 11, Nomor 2, Tahun 2021, https://ejournal.unisbablitar.ac.id/index.php/supremasi diakses pada 2 Januari 2022.

Taherzadeh, Shirin M., *Amartya Sen's Contribution to a Theory of Social Justice, Student Research Paper, Faculty of Law the University of Cape Town,* 2012. Download from: www.idll.uct.ac.za

Tahir, Masnun, 'Menimbang Etika Berfatwa Dalam Pemikiran Hukum Islam', *ULUMUDDIN*, Volume V, Tahun III, Juli – Desember 2009, file:///C:/Users/HP/Downloads/1312-Article%20Text-2962-2-10-20160303.pdf diakses pada 17 April 2022.

Terblanche, Marli., dan Lesley Burgess, ''Examining The Readability Of Patient-Informed Consent Forms, *Open Access Journal of Clinical Trials* 2010:2, https://www.dovepress.com/ diakses pada 16 April 2022.

Teurlings, Jan dan Markus Stauff, 'Introduction: The Transparency Issue', *Cultural Studies ↔ Critical Methodologies 2014, Vol. 14(1) 3–10,* https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1532708613519184, diakses pada 2 Agustus 2022.

Thau, Charles, 'Is This Really the Best We Can Do? American Courts' Irrational Efforts Clause Jurisprudence and How We Can Start to Fix It', *The Georgetown Law Journal* [Vol. 109:665,2021], https://www.law.georgetown.edu/georgetown-law-journal/wp-content/uploads/sites/26/2021/03/Thau_Is-This-Really-the-Best-We-Can-Do-American-Courts-Irrational-Efforts-Clause-Jurisprudence-and-How-We-Can-Start-to-Fix-It.pdf diakses pada 27 Agustus 2022.

"The Countries Where Euthanasia Is Legal", *The Week, 22 September 2021*, https://www.theweek.co.uk/102978/countries-where-euthanasia-is-legal diakses pada 10 Januari 2022.

"The State Of Patient Safety And Quality In Australian Hospitals 2019", *Australian Commission on Safety and Quality in Health Care* diunduh dari https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/2019-07/the-state-of-patient-safety-and-quality-in-australian-hospitals-2019.pdf, diakses diakses pada 15 Januari 2011.

The American Hospital Association, *Center for Healthcare Governance, The Guide to Good Governance for Hospital Boards*, 2009, https://trustees.aha.org/sites/default/files/trustees/09-guide-to-good-governance.pdf diakses pada 27 Agustus 2022.

The National Patient Safety Foundation's Lucian Leape Institute, *Shinning Light: safer health care through transparency,* 2015

The United Nations Guidance for Effective Mediation, 2012, www.peacemaker.un.org diakses pada 12 Januari 2022.

Thirumoorthy T., 'Consent in Medical Practice 1 : Understanding the Concepts behind the Practice', *SMA News*, June 2013, https://www.sma.org.sg/UploadedImg/files/Publications%20-%20SMA%20News/4506/CMEP.pdf diakses pada 2 Februari 2022.

Thornton, Russell G., 'Responsibility For The Acts of Others', *Proc (Bayl Univ Med Cent).* 2010 Jul; 23(3): 313–315, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2900989/ diakses pada 25 Agustus 2022.

Thuraisingam S Ambikai, Shazreen, 'The Standard of Disclosure in Informed Consent Decision Making in Medical Practice in Malaysia', *Asian Journal of Law and Governance* e-ISSN: 2710-5849 | Vol. 2, No. 1, 1-14, 2020, https://expert.taylors.edu.my/file/rems/publication/100900_7424_1.pdf diakses pada 23 Januari 2022.

Timothy J ,BA Paterick, V Geoff, dan JD Carson, 'Medical Informed Consent: General Considerations for Physicians', *Mayo Clin Proc*., March 2008;83(3):313-319, www.mayoclinicproceedings.com, diakses pada 3 Januari 2022.

"Tingkat Literasi Indonesia di Dunia Rendah, Ranking 62 dari 70 Negara", diunduh dari https://perpustakaan.kemendagri.go.id/tingkat-literasi-indonesia-di-dunia-rendah-ranking-62-dari-70-negara/ dipublikasikan pada 25 Maret 2021, diunduh pada 16 April 2022.

Universal Declaration of Human Rights, *United Nation*, 2015, https://www.un.org/en/udhrbook/pdf/udhr_booklet_en_web.pdf, diakses pada 3 Maret 2022.

UW Medicine Informed Consent Manual, *Health Sciences Risk Management*, 2019, https://intranet.uwmedicine.org/BU/hsrisk/Pages/Resources.aspx diakses pada 19April 2022.

Veermana MM., et.al., 'A Decade Of Litigation Regarding Surgical Informed Consent In The Netherlands', *Patient Education and Counseling* 102 (2019) 340–345, https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399118306256?via%3Dihub diakses pada 20 April 2022.

Vu, Cong Giao., dan Pham Quang Truong, 'Openness, Transparency, and Accountability in State management : The case of Vietnam', *Journal of Critical Reviews*, Vol.7, Issue 15,2020

Wammes, Joost., Niek Stadhouders, dan Gert Westert, *International Health Care System Profiles : Netherlands*, June 2020, https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/netherlands diakses pada 17 Agustus 2022.

Wandler, Michelle, *The History of the Informed Consent Requirement in United States Federal Policy*, http://nrs.harvard.edu/urn-3:HUL.InstRepos:8852197 diakses pada 2 Februari 2022.

Wardlea, A W R Kelsallb, C W Yoxallc, dan N V Subhedarc, 'Percutaneous Femoral Arterial An SPd Venous Catheterisation During Neonatal Intensive Care', *Arch Dis Child Fetal Neonatal* Ed 2001;85:F119–F122, https://fn.bmj.com/content/fetalneonatal/85/2/F119.full.pdf diakses pada 16 mei 2022

Washington State Legislature RCW 7.70.060, diakses pada 2 April 2022.

Weller, Adrian, "Challenges for Transparency", *University of Cambridge*, 2018, https://www.researchgate.net/publication/318981705

Wener, Pamela., et al., 'Interprofessional Collaborative Relationship Building Model in Action in Primary Care : a secondary analysis', *Front.*

Rehabilit. Sci., 31 May 2022 Sec. Strengthening Rehabilitation in Health Systems, https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fresc.2022.890001/full diakses pada 27 Agustus 2022.

Wetzell, Steve, *Transparency : a needed steps towards health care affordability, March 2014 Study*, American Health Policy Institute, 2014.

"What Is Clinical Governance and What Are the 7 Pillars?", *Radar Health Care*, Februari 2021, https://radarhealthcare.com/news-blogs/what-is-clinical-governance-and-what-are-the-7-pillars/ diakses pada 14 Januari 2022.

Wilhelmus, Krisman, 'Perlindungan Hukum Terhadap Dokter Dalam Melaksanakan Tugas Profesi Menurut Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran', *Lex Administratum*, Vol. V/No. 7/Sep/2017 https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/administratum/article/viewFile/17543/17075 diakses pada 10 April 2022.

William, John R, "Medical Ethics Manual", *Ethics Unit of the World Medical Association,3rd edition,* 2005.

Winkler, Bernhard, 'Which Kind of Transparency on The Need For Clarity in Monetary Policy-Making', *Working Paper* No.26, European Central Bank, August 2000.

World Health Organization, *Quality of Care*, https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1 diakses pada 12 April 2022

_____ *Telemedicine: opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on eHealth 2009*, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44497/9789241564144_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y diakses pada 15 Mei 2022.

World Medical Association, *Doctors' Clinical Independence Essential to High Quality Medical Care, says WMA*, 2008, https://www.wma.net/news-post/doctors-clinical-independence-essential-to-high-quality-medical-care-says-wma/ diakses pada 26 Agustus 2022.

_____ *WMA Declaration of Geneva*, 9th July 2018, https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/ diakses pada 27 Agustus 2022.

Worthy, Benjamin, *Transparency : Science and The Politics of Openness*, https://www.manchesteropenhive.com/view/9781526106476/9781526106476.00008.xml diakses pada 2 Mei 2021.

Lampiran 1

Rekomendasi *informed consent* yang menunjukkan transparansi

PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN

Label Pasien

Nama Tindakan/Prosedur (termasuk penjelasan jika istilah medis tidak jelas)

Nama dokter pelaksana tindakan *(termasuk dokter lain jika ada di dalam tim)*

PERNYATAAN DOKTER PENANGGUNG JAWAB atau PELAKSANA TINDAKAN

Saya telah menjelaskan prosedur / tindakan kepada pasien dan / atau keluarganya terkait hal-hal berikut ini :

Dasar dilakukan tindakan *(diagnosis dan dasar penegakan diagnosis) :*

Indikasi / tujuan dilakukan tindakan :

Alternatif tindakan lain dan risikonya :

Risiko tindakan *(termasuk risiko perluasan tindakan yang tujuannya hanya demi kepentingan dan keselamatan pasien)* **:**

Kemungkinan hasil / prognosis tindakan :

Jenis pembiusan *(beri tanda "v", akan dijelaskan pada dokumen tersendiri)* **:**

□ Pembiusan lokal □ Pembiusan regional □ Pembiusan umum

Brosur / leaflet tambahan penjelasan : ADA / TIDAK *(coret yang tidak perlu)* ***lihat pada dokumen pendukung Nomor… tentang…**

Tanggal dan jam : _____

Tanda tangan dokter dan nama dokter *(ditulis jelas atau stempel)*

Tanda tangan saksi *(nama dan jabatan)*

Keterangan lain *(jika diperlukan)* **:**

Label Pasien

Nomor Identitas Pasien *(NIK/KTP/tanda pengenal lain)* :

PERNYATAAN PASIEN / KELUARGA / WALI

- **Mohon dibaca dengan seksama.**
- Anda dapat memperoleh lembar salinan dokumen ini.
- Silahkan bertanya apabila ada hal yang belum dipahami.
- Anda mempunyai hak untuk membatalkan pernyataan ini kapan saja ***sebelum*** dilakukan tindakan atau prosedur dengan memberitahukan kepada dokter dan menandatangani dokumen penolakan secara tertulis.

1. ***Saya menyetujui*** untuk dilakukan tindakan / prosedur yang disebutkan dalam dokumen ini secara sukarela tanpa ada paksaan atau pengaruh apapun.
2. ***Saya memahami*** bahwa dokter tidak dapat memberikan jaminan keberhasilan tindakan / prosedur, namun hanya melakukan upaya terbaik.
3. ***Saya telah mendapat kesempatan*** yang cukup untuk mendiskusikan, bertanya, dan mendapatkan saran untuk mencari pendapat lain tentang penyakit saya dan tindakan / prosedur yang akan dilakukan.
4. ***Saya telah mendapat penjelasan*** tentang tindakan lain yang perlu dilakukan selama dilakukan tindakan / prosedur yang telah disebutkan di atas, demi kepentingan dan keselamatan saya dalam kondisi darurat tanpa memerlukan persetujuan saya *sebelumnya (namun akan dijelaskan oleh dokter apabila saya telah siap secara fisik dan mental untuk menerima penjelasan setalah dilakukan tindakan tersebut).*
5. ***Saya telah mendapat penjelasan*** tentang ***perkiraan*** biaya (yang sudah ditandatangani dalam dokumen terpisah)

6. ***Saya telah mendapat penjelasan*** tentang kerahasiaan informasi medis tentang diri saya (pelepasan informasi ditandatangani dalam dokumen terpisah)
7. ***Saya mengijinkan*** dilakukan dokumentasi baik berupa foto, video, atau bentuk lain terhadap tindakan / prosedur pada diri saya hanya untuk kepentingan medis yang berkaitan dengan diri saya.
8. ***Saya telah mendapat penjelasan*** bahwa saya akan mendapat penjelasan setelah dilakukan tindakan / prosedur.

Tanggal dan jam : _____

Tanda tangan dan nama pasien
(ditulis jelas / dengan huruf cetak)

Jika pasien tidak kompeten / belum berusia 18 tahun (atau telah menikah), tanda tangan dilakukan oleh orang tua wali/yang mewakili

Alasan pasien tidak kompeten : _____

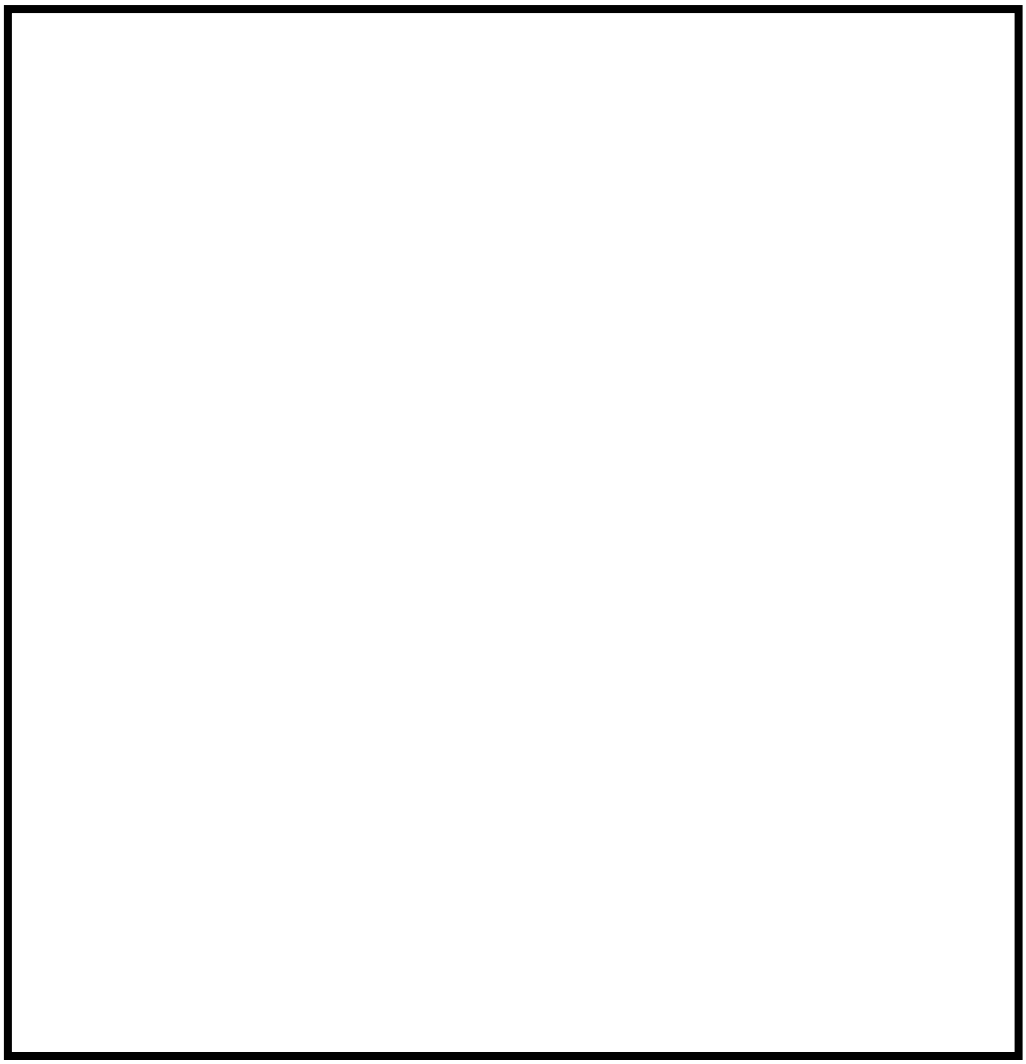
Tanda tangan dan nama
orang tua/wali/yang mewakili
(ditulis jelas / dengan huruf cetak)
Hubungan dengan pasien : _____

Tanda tangan *saksi* dari pihak pasien
(ditulis jelas / dengan huruf cetak)

Hubungan saksi dengan pasien : _____

Apabila pasien MEMBATALKAN persetujuan ini
akan dibuat dokumen penolakan tindakan / prosedur secara terpisah

GAMBAR / KETERANGAN LAIN



Tanggal dan jam : _____

Tanda tangan dan nama pasien/
orang tua/ wali
(ditulis jelas / dengan huruf cetak)

Tanda tangan dan nama dokter
(ditulis jelas atau stempel)

Lampiran 2

Rekomendasi *refusal consent* yang menunjukkan transparansi

Halaman 1

PENOLAKAN TINDAKAN KEDOKTERAN

Label Pasien

Nomor Identitas Pasien *(NIK/KTP/tanda pengenal lain)* :

Dengan ini saya menyatakan untuk MENOLAK dilakukan tindakan / prosedur :

Saya telah mendapat penjelasan dan mengerti *risiko* :

Segala akibat yang disebabkan karena penolakan yang saya lakukan sepenuhnya adalah menjadi tanggung jawab saya.

Saya telah mendapatkan penjelasan dari dokter dan semua pertanyaan yang saya ajukan telah mendapatkan jawaban.

Tanggal dan jam : _____

Tanda tangan dan nama pasien
(ditulis jelas / dengan huruf cetak)

Jika pasien tidak kompeten / belum berusia 18 tahun (atau telah menikah), tanda tangan dilakukan oleh orang tua wali/yang mewakili

Alasan pasien tidak kompeten : _____

Tanda tangan dan nama
orang tua/wali/yang mewakili
(ditulis jelas / dengan huruf cetak)

Hubungan dengan pasien : _____

Tanda tangan *saksi* dari pihak pasien
(ditulis jelas / dengan huruf cetak)

Hubungan saksi dengan pasien :
_____

Tanda tangan dokter dan
nama dokter *(ditulis jelas atau stempel)*

Tanda tangan saksi *(nama dan jabatan)*

Keterangan lain *(jika diperlukan)* **:**