

Etika Rumah Sakit dalam Perspektif UU Nomor 23/1992

Kartono Mohamad

Ikatan Dokter Indonesia, Jakarta

Pelayanan kuratif, betapapun juga, memenuhi kriteria (memiliki eksternalitas) untuk dapat digolongkan sebagai *private commodity*. Dan selama ini pun baik dokter maupun masyarakat memperlakukan pelayanan kuratif sebagai *private commodity*. Pasien bersedia menunggu untuk dilayani dan bersedia membayar untuk mendapatkan pelayanan kuratif, baik yang diberikan oleh dukun maupun dokter. Keengganan kita untuk melihat pelayanan kuratif sebagai *private commodity* hanyalah karena kata "komoditi" memberikan konotasi adanya unsur dagang, sedangkan anggapan yang berlaku di masyarakat menghendaki agar dokter menjauhkan diri dari berdagang dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Kata "komoditi" dalam hal ini adalah istilah dalam ilmu ekonomi, dan tidak perlu dikaitkan dengan masalah dagang. Artinya, kalau ada dokter yang mau memberikan pelayanan kuratif tanpa dibayar tentu boleh-boleh saja.

Karena pelayanan kuratif adalah suatu *private commodity*, maka penyedia pelayanan kuratif akan berhadapan dengan masalah tentang bagaimana memberikan pelayanan yang dapat memuaskan konsumen (dalam hal ini : pasien), dan dalam membuka tempat pelayanan akan selalu memperhitungkan aspek *need* dan *demand*. Maka perhitungan bisnis, betapapun (diakui atau tidak) juga sudah masuk dalam pikiran para penyedia pelayanan jasa kuratif.

Rumah sakit adalah sebuah institusi penyedia jasa pelayanan kuratif yang kompleks dan perlu dikelola secara profesional (baik yang *for profit* maupun yang *non-profit*). Pengertian pengelolaan profesional di sini mencakup pula perhitungan aspek ekonomi dan bisnis, meskipun itu rumah sakit pemerintah. Perhitungan tentang kelayakan suatu rencana dipandang dari segi *cost and benefit* pada rumah sakit pemerintah justru harus lebih ketat karena rumah sakit pemerintah

menggunakan uang negara (rakyat). Bahkan sejak sebelum program swadana pun rumah sakit pemerintah seharusnya sudah dikelola secara *business*, terutama rumah sakit daerah yang dibebani untuk membantu target Pendapatan Asli Daerah (PAD). Kembali di sini ada keengganan menggunakan kata "bisnis" karena beranggapan bahwa "bisnis" identik dengan berdagang, dan pelayanan kuratif tidak seharusnya diperdagangkan.

Karena betapa pun juga rumah sakit adalah lembaga bisnis, maka etika rumah sakit pun lebih didasari oleh etika bisnis dan harus dibedakan dari etika profesi kedokteran. Etika bisnis, menurut Thiroux¹, berkaitan dengan menegakkan dan menjaga hubungan baik di antarapengusaha, pegawainya, dan konsumen. Demikian juga seharusnya etika bisnis rumah sakit, ditujukan untuk menegakkan dan menjaga hubungan baik antara pengusaha (pemilik) rumah sakit, staf yang bekerja di sana, serta konsumen (khususnya pasien) yang menggunakan atau membeli jasa pelayanan rumah sakit tersebut. Di sini tersirat bahwa dalam etika bisnis pun (termasuk bisnis rumah sakit) dituntut adanya sikap jujur. Jujur terhadap konsumen (pasien) dalam memberikan pelayanan, jujur dalam melakukan pemasaran untuk mencari klien, dan jujur dalam bersaing. Kita perhatikan beberapa pasal etika rumah sakit di Amerika Serikat², misalnya :

- 1) *Recognizing that the care of the sick is their first responsibility and a sacred trust, hospitals must at all times strive to provide the best possible care and treatment to all in need of hospitalization*
- 2) *Hospitals should be fair, honest, and impartial in all their business relationship . . .*

Kalau di Indonesia tampaknya terjadi kerancuan dalam

Makalah ini disajikan pada Kongres VI PERSI & Hospital Expo, Jakarta, 21 - 25 November 1993.

masalah etika rumah sakit, hal itu terjadi antara lain karena ada keengganan untuk melihat rumah sakit sebagai suatu institusi bisnis. Masalah ini berawal dari sejarah perkembangan perumahan sakitan di Indonesia. Perkembangan rumah sakit di Indonesia dimulai oleh VOC (rumah sakit perusahaan untuk melayani karyawan VOC), lalu rumah sakit militer, rumah sakit perkebunan, dan rumah sakit milik *zending* atau *missie*, yang memang tidak menampilkan perilaku *for profit*. Tetapi tidak berarti bahwa semua itu tidak dilandasi oleh perhitungan ekonomis. Perkembangan ini menanamkan anggapan bahwa rumah sakit memang suatu lembaga yang bersifat *non profit*, terutama jika ditambah dengan persepsi bahwa orang sakit adalah orang yang perlu pertolongan dan perlu dikasihani.

Kemudian dalam tahap berikut rumah sakit di Indonesia dikembangkan oleh pemerintah, perkumpulan keagamaan, perkumpulan sosial, dan dokter. Ciri perilaku *for profit* mulai tampak di sini, terutama pada rumah sakit yang dikembangkan oleh beberapa perkumpulan sosial dan dokter. Tetapi karena sudah tertanam anggapan bahwa rumah sakit harus lembaga *non profit*, maka semua mengelak dari mengakui bahwa mereka sebenarnya sudah mencari keuntungan finansial. Bahkan pemerintah pun mencoba mengelak mengakui kenyataan itu, yang tercermin dari ketentuan-ketentuan yang tercantum dalam Permenkes 920/1986, baik yang lama maupun yang diperbaharui. Hal ini pula yang membuat etika rumah sakit di Indonesia belum bersedia mengakui kenyataan-kenyataan dari perkembangan tersebut.

Sejarah perumahan sakitan di Indonesia juga memunculkan rumah sakit yang dimiliki oleh dokter, baik pribadi maupun kolektif. Rumah sakit semacam ini sebagian lagi memang merupakan usaha patungan di antara para dokter. Dari rumah sakit yang dimiliki oleh dokter ini, terutama, muncul hubungan dokter dengan rumah sakit yang tidak tegas. Dokter bekerja di sebuah rumah sakit berdasarkan atas hubungan kenal, dan sering didasari perjanjian lisan. Maka etika rumah sakit dalam hubungannya dengan karyawan serta personil yang bekerja di sana pun tidak jelas. Dalam etika rumah sakit di Amerika Serikat ada pasal yang berbunyi :

3) *Hospitals should maintain and promote harmonious relationship within the organization to ensure the proper environment for the considerate and successful care and treatment of patient.*

Dalam perilaku mencari untung beberapa rumah sakit di Indonesia malah terjadi hal-hal yang lebih tidak etis, yaitu ketika :

- 1) Dokter tidak dapat membedakan posisinya antara sebagai pemberi jasa pelayanan medik (yang berlandaskan pada etika profesi), sebagai pemilik (pemegang saham) rumah sakit, dan sebagai manajer rumah sakit. Yang sering dimenangkan adalah dirinya sebagai pemegang saham, sehingga pelayanan ditujukan untuk memperbesar keuntungan finansial semata-mata, serta cenderung memanfaatkan ketidak tahuan pasien.
- 2) Manajer pemasaran atau keuangan, atau pemilik rumah sakit, yang bukan dokter cenderung mendorong dokter agar

melanggar kode etik profesinya dan mengutamakan mencari pendapatan yang setinggi-tingginya bagi rumah sakit.

Ambivalensi pemerintah (melalui Permenkes 920-nya), dan ambivalensi para pengelola rumah sakit (yang malu menyebut dirinya institusi bisnis) membuat semua itu tidak dikendalikan baik oleh etika PERSI maupun oleh peraturan pemerintah. Pada akhirnya yang menjadi korban adalah pasien (konsumen).

Dalam kaitan seperti itu kita melihat bahwa UU no. 23/1992 tentang kesehatan cenderung hendak melindungi pasien sebagai konsumen jasa pelayanan medis. Dalam undang-undang tersebut kita lihat ada :

- 1) Ancaman untuk dokter yang melakukan "tindakan medik tertentu" (abotus) tanpa indikasi yang jelas (Pasal 15).
- 2) Ketentuan yang mengharuskan agar pelayanan medik tertentu lainnya (kehamilan di luar cara alami, pasal 161; transplantasi organ, pasal 33 dan 34; bedah plastik, pasal 37) hanya boleh dilakukan oleh tenaga ahli yang berwenang.
- 3) Pengamanan makanan dan minuman (Pasal 21), dan obat (Pasal 40 dan 41).
- 4) Pengamanan kegiatan penelitian dengan menggunakan manusia (Pasal 40 dan 41).
- 5) Keharusan bagi penyedia pelayanan medik untuk menghormati hak pasien (Pasal 53).

Pasal-pasal tersebut masih memerlukan peraturan pelaksanaan yang lebih jelas, termasuk rincian tentang hak-hak pasien. New Hampshire, AS, misalnya mengeluarkan apa yang mereka sebut sebagai *Patients Bill of Rights* yang isinya⁽³⁾

- 1) Pasien mempunyai hak untuk mendapat pelayanan yang layak dan terhormat.
- 2) Pasien berhak mendapat informasi yang jelas tentang perkembangan penyakitnya.
- 3) Pasien berhak mendapat informasi yang memadai tentang hal-hal yang akan ia hadapi selama di rumah sakit.
- 4) Pasien berhak mengetahui nama dan kualifikasi tenaga kesehatan yang akan memberikan pelayanan kepadanya.
- 5) Pasien berhak mengetahui rekam medis tentang dirinya, dan mendapat penjelasan dari tenaga kesehatan yang berwenang.
- 6) Pasien berhak mencari pendapat kedua atau menolak pengobatan yang akan dilakukan terhadap dirinya.
- 7) Pasien berhak dihormati *privacy*-nya yang mencakup juga konfidensialitas diagnosis, tindakan, dan hal-hal lain tentang dirinya.
- 8) Pasien berhak meminta agar segala komunikasi dan catatan tentang pelayanan dirinya dirahasiakan, sejauh dibolehkan oleh undang-undang.
- 9) Pasien berhak mendapat informasi yang memadai dan jelas jika ia harus dipindahkan dari ruangan semula atau dipindahkan ke rumah sakit lain.
- 10) Pasien berhak mengetahui jika dirinya hendak dimasukkan dalam obyek penelitian.
- 11) Pasien berhak untuk mengharapkan bahwa pelayanan lanjutan kepadanya akan tetap diberikan.
- 12) Pasien berhak mengetahui rincian dan jumlah tagihan terhadap perawatannya, meskipun bukan ia sendiri yang

membayar biaya tersebut.

13) Pasien berhak mengetahui peraturan yang berlaku di rumah sakit tersebut.

14) Pasien berhak untuk mengadukan keluhannya jika ia merasa bahwa hak-haknya telah dilanggar.

Jadi pada dasarnya kita melihat bahwa undang-undang tersebut lebih banyak diarahkan untuk melindungi pasien dan masyarakat pemakai jasa pelayanan medik pada umumnya. Meskipun demikian, seharusnya pihak pengelola rumah sakit tidak menunggu sampai peraturan pelaksanaan keluar, jika benar-benar mereka memang beritikad untuk berperilaku etis. Juga ada hal-hal lain yang masih perlu diatur dalam etika perumah sakitan yang sebaiknya dibicarakan di dalam kongres PERSI.

Hal-hal yang masih perlu diatur dalam etikaperumah sakitan dan tidak perlu diatur dengan peraturan perundang-undangan formal antara lain adalah :

1) Etika persaingan

Dalam kehidupan berbisnis, adanya persaingan tidak dapat dihindari dan tidak pula dapat dipungkiri. Bahkan rumah sakit pemerintah pun tidak jarang melihat kehadiran rumah sakit swasta sebagai pesaing. Etika persaingan yang perlu diperhatikan adalah :

- a) Tidak boleh saling memburuk-burukkan pesaing, apalagi melarang pasien untuk memilih rumah sakit lain.
- b) Harus menghargai hak hidup sesama rumah sakit.
- c) Rumah sakit pemerintah tidak boleh menggunakan kekuasaan dan wewenang yang melekat pada instansi pemerintah untuk menjegal pertumbuhan rumah sakit swasta.

2) Etika pemasaran atau promosi.

Promosi atau pemasaran rumah sakit harus dianggap sebagai suatu yang wajar. Tetapi dalam melakukan pemasaran, ada hal-hal yang perlu diperhatikan :

- a) Tidak boleh meremehkan atau menjelekkkan rumah sakit lain.
- b) Memberikan informasi yang jujur dan tidak berlebihan.
- c) Tidak menjanjikan sesuatu yang tidak mungkin diberikan.
- d) Memberi kesempatan kepada pasien atau calon pasien untuk bertanya dan dijawab dengan sejujur-jujurnya.
- e) Menghormati hak pasien untuk memilih rumah sakit yang manapun juga.

3) Etika untuk menjaga mutu pelayanannya, yang harus tercermin dalam sistem manajemennya.

Rumah Sakit yang berusaha untuk menjaga mutu pelayanannya akan membentuk panitia-panitia yang dapat dijadikan alat pemantau mutu oleh pimpinannya.

Panitia-panitia itu adalah :

- a) Panitia Kredensial
- b) Panitia Etika
- c) Panitia Jaringan
- d) Panitia Infeksi Nosokomial
- e) Panitia Kematian
- f) Panitia Farmasi dan Terapi

Rumah sakit yang membentuk panitia-panitia tersebut dan bersungguh-sungguh memanfaatkan panitia-panitia itu untuk menjaga dan meningkatkan mutu pelayannya, adalah rumah sakit yang memahami etika bisnis.

Ketiga hal di atas sulit untuk dijadikan peraturan perundang-undangan, tetapi penting untuk dijaga agar tidak menyimpang. Di sinilah PERSI kemudian perlu mengaturnya dalam Kode Etik Rumah Sakit, dan mengawasinya agar dilaksanakan.

Ada satu hal lagi yang seharusnya ditetapkan dengan peraturan pemerintah, yaitu tentang peranan atau fungsi sosial rumah sakit. Pada waktu yang lalu, untuk menutupi kenyataan bahwa rumah sakit memang harus dikelola secara *business like* dan dapat mencari keuntungan, peranan atau fungsi sosial sebuah rumah sakit ditafsirkan sebagai fungsi *charitative* rumah sakit, yaitu menetapkan agar 25% tempat tidur disediakan untuk orang miskin. Seharusnya, terutama untuk masa yang akan datang, peranan sosial rumah sakit haruslah ditafsirkan secara lebih luas dan ditujukan untuk menampilkan peranan rumah sakit (swasta) dalam pembangunan bangsa. Seharusnya peranan (fungsi) sosial rumah sakit harus dijabarkan sebagai keharusan rumah sakit untuk menjalankan : (1) fungsi pelayanan, (2) fungsi pendidikan, dan (3) fungsi penelitian. Penjabaran seperti itu akan mendorong rumah sakit memperhatikan mutu pelayanan, serta meningkatkan kemampuan sumber daya manusia Indonesia. Kalau ada rumah sakit swasta yang akan melakukan fungsi *charitative*, hal itu dapat dijadikan sebagai nilai "plus" dalam proses akreditasi, atau dapat diberi insentif dalam perpajakan.

