

Beberapa Masalah dalam Hubungan Rumah Sakit dan Pasien

J. Guwandi, SH
Jakarta

Marketplace medicine will become a medicine in the service of the rich and powerful, while the poor and weak watch and pray.

Allen Verhey in "MORAL MEDICINE"

PENDAHULUAN

Rumah Sakit makin bertambah kompleks. Berbagai disiplin dan profesi kini bernaung di bawah satu atap. Mulanya hanya bidang Kedokteran dan Keperawatan saja yang memegang peran utama di rumah sakit. Kini ia dimasuki pula disiplin hukum, ekonomi dan manajemen, psikologi, sosiologi dan berbagai bidang lainnya.

Dalam satu dekade ini tampaknya falsafah, pandangan dan fungsi rumah sakit telah mengalami perubahan yang drastis. Faktor yang masih tetap adalah subjeknya, ialah sang manusia sebagai pasien. Namun sifat hubungan antara Rumah Sakit – Pasien turut berubah pula. Kalau dahulu pemberian pelayanan rumah sakit melalui profesi kedokteran lebih bersifat paternalistik, kini hubungan antara rumah sakit – pasien menjadi hubungan yang seakan-akan bersifat *zakelijk* antara pemberi jasa pelayanan medis (perumahsakitan) dan penerimanya (*health provider - health receiver*). Atau jika ditinjau dari segi ekonomi: antara penjual dan pembeli (jasa kesehatan).

Arnold S. Relman, seorang dokter menulis: *As economics pressures on hospitals grow and hospital managers are encouraged or forced to act like businessman concerned primarily with profit margins, more and more patients will be denied access to urgently needed care simply because they cannot pay for it.*(1) Kalau sudah berbicara tentang jual-

beli, maka sifatnyapun sudah berlainan, sudah berwarna-dang. Masing-masing pihak sudah mempunyai hak dan kewajiban. Wajib saling memberikan prestasi. Jika salah satu pihak tidak memberikan prestasinya, maka menurut hukum perdata ia dikatakan telah ingkar janji alias melakukan wanprestasi. Namun di bidang pemberian pelayanan medik hal ini merupakan masalah pelik, karena sifatnya unik, berlainan. Wanprestasi pada pihak dokter tidak dengan begitu saja dapat terlihat dan dibuktikan. Karena bukankah rumah sakit (dokter) hanya berusaha sedapat mungkin untuk menyembuhkan penyakitnya (*inspanningsverbintenis*) dan tidak menjamin akan hasil (*resultaats-verbintenis*).

Kini rumah sakit tidak saja padat tenaga kerja, padat sarana, padat ilmu pengetahuan dan teknologi, namun juga sarat berbagai nilai dan etika, seperti:

- Etika Rumah Sakit,
- Etika Kedokteran,
- Etika Keperawatan.
- Etika Kebidanan,
- Etika Farmasi,
- Etika Biomedik,
- Etika Profesi Hukum,
- Etika Bisnis (?), dan lain-lain.

Kesemua bentuk etika ini saling berjalanan satu sama lain, namun juga bisa saling berhadapan dan berbenturan.

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

Sebagai antisipasi terhadap perubahan situasi dan kondisi, maka dalam tahun 1993 ini tampaknya ada dua bentuk etika mengalami penyesuaian. Sewaktu makalah ini dibuat, terdengar berita, bahwa terhadap Etika Kedokteran sedang dilakukan evaluasi. Etika Rumah Sakit bahkan mengalami penggantian secara menyeluruh yang diusulkan 21-23 Nopember 1992. Konsep baru ini telah disetujui untuk disahkan di dalam Kongres PERSI ke VI 1993 sekarang ini.

Kini Rumah Sakit sedang dalam masa transisi. Globalisasi yang diikuti dengan erosi moral dan perubahan nilai-nilai (*values*) telah mendesak rumah sakit untuk mencari "wajah dan bentuk" baru yang sesuai dengan permintaan zaman. Kini selain rumah sakit yang bersifat IPSM, diperbolehkan pula bentuk PT yang tentunya tujuannya adalah *for profit*. Dengan demikian, maka tolok ukur yang lama pun harus turut berubah pula. Termasuk Etika Rumah Sakitnya yang harus ada penyesuaian.

Dalam menghadapi masalah ini, PERSI sebagai wadah tunggal rumah sakit di Indonesia dan sebagai mitra Pemerintah di bidang kesehatan seyogyanya diberi peranan yang lebih besar menjelang PJPT-II. Diberikan wewenang dan tanggungjawab terhadap perkembangan di bidang perumahan-sakit.

Di samping itu hukumnya pun sudah jauh ketinggalan. Materi pembuatan hukum yang menyangkut perumahan-sakit terdapat pada dua sistem hukum yang berbeda, yaitu: sistem Anglo Saxon dan Eropa Kontinental. Namun menurut hemat saya hal ini tidak merupakan kendala bagi perkembangan Hukum Kedokteran Indonesia, termasuk Hukum di bidang perumahan-sakit. Yang beda terletak pada sistemnya, cara mengadilinya, bukan materinya. Materi hukum dari kedua sistem, baik dari Anglo Saxon maupun Eropa Kontinental, dapat diambil dan disaring dengan falsafah Pancasila kita. Sistemnya tidak usah dihiraukan. Materinya yang cocok diambil dan yang tidak sesuai ditinggalkan atau disesuaikan dengan situasi dan kondisi. Hal ini tidak begitu sukar untuk dilaksanakan, karena disiplin kedokteran berasal dari satu sumber yang sama, Hippocrates. Patut disayangkan bahwa belum ada yang mengadakan studi komparatif di antara kedua sistem hukum ini di bidang Hukum Kedokteran. Sistem Anglo Saxon yang memakai peradilan juri yang berdasarkan *Common law*, pembentukan peraturan hukumnya dapat dikatakan paralel dengan apa yang dinamakan penemuan hukum di negara yang memakai sistem kontinental. Hakim dari negara yang menganut sistem kontinental yang sistem hukumnya mengutamakan kondifikasi, peraturan hukumnya pun ada juga yang pembentukannya melalui keputusan pengadilan (Paul Scholten: *rechtsvinding*).

Literatur dan yudisprudensi di luar negeri mengenai Hukum Kedokteran sudah banyak diterbitkan. Kita dapat langsung mengambil hikmah dan pelajaran yang sangat berharga dari pengalaman mereka yang telah dibayarnya dengan mahal. Dalam kaitan ini ingin saya mengutip ucapan Prof. Sluyters dari negeri Belanda yang mengatakan bahwa: "Hu-

kum mengenai tanggungjawab medik negeri Belanda tidak bisa berkembang tanpa perbandingan hukum. Negeri Belanda terlampau kecil untuk dapat membentuk dengan tenaga sendiri suatu kepustakaan dan hukum yurisprudensi di dalam bidang tanggungjawab hukum ini yang cukup luas, bervariasi, terperinci dan mendalam. Perbandingan hukum sangat penting karena akan memberikan kesempatan untuk mengejar ketinggalan kita terhadap negara besar lainnya dan membuat lompatan jauh ke depan. Kita bisa menghindari kesalahan-kesalahan yang telah dibuat di luar negeri dan mengambil alih pemecahan persoalan yang baik. Bagi saya hukum negara lain yang mengatur tentang tanggungjawab hukum di bidang medik adalah penting dipelajari dan sangat bermanfaat dan berharga untuk hukum medik negeri Belanda" (2)

(Het Nederlandse medische aansprakelijkheidsrecht kan zonder rechtsvergelijking niet tot bloei komen. Nederland is eenvoudigerweg te klein voor het genereren op eigen kracht van een literatuur en

over dit onderdeel van het aansprakelijkheidsrecht, die voldoende omvangrijk, gevarieerd, gedetailleerd en diepgaand is. Die voor ons dringend noodzakelijke rechtsvergelijking geeft ons de gelegenheid een achterstand ten opzichte van enkele grote landen in te lopen en hier en daar om te zeeten in een voorsprong. Wij kunnen trachten de buitenlandse fouten te vermijden en de goede oplossingen over te nemen. Voor mij in elk geval bleek de studie van elk onderdeel van het Nederlandse medische aansprakelijkheidsrecht kennis van het vreemde recht nuttig en waardevol).

PEMBAHASAN

Agak sukar untuk memilah-milah segi Etik dan Hukum, karena kedua segi berjalanan satu sama lain (untuk meminjam istilah Roscam Abbing: *intertwined and interconnected*). Yang bersifat murni Etik paling-paling adalah yang menyangkut sopan-santun yang tolok-ukunya dapat diambil dari ukuran etik, tata-cara beradab yang umum terdapat di dalam masyarakat. Misalnya adalah tidak etis untuk menjelek-jelekkan atau mendiskreditkan rumah sakit lain, atau mengkam-binghitamkan rumah sakit lain, padahal kelalaiannya adalah di rumah sakit sendiri.

Di atas telah dikemukakan bahwa terdapat berbagai etik di rumah sakit. Sesuai dengan judul makalah, maka dalam konteks ini yang ditinjau adalah buhungan rumah sakit – pasien dari sudut Kode Etik Rumah Sakit yang baru.

Di dalam Bab III tentang Kewajiban Rumah Sakit terhadap Pasien di antaranya disebutkan bahwa:

Rumah sakit harus mengutamakan kepentingan pasien

Hal ini berarti bahwa kepentingan pasien di rumah sakit harus didahulukan dari kepentingan lainnya. Yang paling sukar adalah apabila kepentingan (baca: pengobatan) pasien berbenturan dengan kepentingan finansial rumah sakit. Bagaimana jika pasien tidak mampu lagi membayar biaya rumah sakit dan dokter dan belum sembuh, sedangkan ia tidak ada asuransinya? Atau masuk asuransi, tetapi yang di *cover* oleh asuransi hanya sebahagian, sehingga sisanya harus ditanggung sendiri oleh pasien? Dokter yang menanganinya pasien mcng-

hadapi dilema apabila ia mendapat "pesan sponsor" dari pihak manajemen/pemilik.

Urusan administrasi dan keuangan terpaksa menjadi birokratis dan seringkali kurang "berperikemanusiaan", demi efisiensi rumah sakit secara keseluruhan. (3) Luis Bohigas pada tahun 1989 pernah menulis, bahwa..... *Thus, the medical director faces a dilemma, either he "betrays" his medical origin (if he decides to follow the management policy) or he is considered weak (if he doesn't undertake the restrictive policy)*"

Di dalam kasus semacam tampak dua disiplin yang berlawanan satu sama lain. Disiplin ekonomi dan manajemen yang berbicara dengan bahasa: *money, efficiency, cost effectiveness, cost containment, input - process - outcome, profit margin*, dan sebagainya. Sedangkan bio-etik dan disiplin kedokteran menggeluti istilah-istilah: *life-saving, death, emergency, patient's autonomy, beneficence, justice, fidelity, truth-telling, non-maleficence*, dan lain sebagainya dokter sebagai *health provider* dan pasien *health receiver* terjepit di antara kedua pola pengertian tersebut.

Bagaimana kalau di dalam satu kasus harus mengadakan pilihan, yang mana harus dipilih? Salah satu pandangan adalah dari Keith Wrenn yang mengatakan bahwa: *Hospital administrators, admission clerks, or business managers should not have the final say in determining who gets health care, because the less fortunate will always suffer*"⁽⁵⁾

Rumah Sakit harus mengindahkan hak-hak asasi pasien

Hak asasi manusia (HAM) yang menjadi pasien rumah sakit harus diindahkan. Di Amerika telah diterbitkan suatu *Hospital Patient's Charter*. Di dalamnya dicantumkan hak atas informasi. Hak atas informasi pasien merupakan hal yang harus diperhatikan oleh rumah sakit. Memang *informed consent* merupakan barang impor dari Amerika yang masih belum begitu dihayati maknanya. Namun menjelang PJPT-II, Persetujuan Tindakan Medik sebagaimana sudah diatur di dalam Permenkes No. 585 tahun 1989 secara berangsur-angsur harus diterapkan. Apalagi sekarang sudah dicantumkan juga di dalam UU No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan pada Penjelasan pasal 53 ayat 2.

Masalah lain adalah menyangkut Rahasia Kedokteran (baca: pasien) yang harus disimpan dan tidak boleh diungkapkan kepada pihak lain tanpa izin pasien; yang dalam praktek masih belum disadari sepenuhnya. Ini sudah berlaku universal dan dijelaskan dalam yuriprudensi berbagai negara di dalam pertimbangan hakim. Permintaan keterangan medis, misalnya dari pihak asuransi harus ada Surat Pernyataan Persetujuan tertulis dari pasien atau keluarga terdekatnya. Surat tersebut diserahkan kepada rumah sakit untuk disimpan di dalam berkas Rekam Medis sebagai alat bukti jika ada tuntutan kelak. Tentu timbul pertanyaan: mengapa pihak asuransi tidak dapat secara langsung meminta informasi medik dari rumah sakit, sedangkan perusahaan asuransi itu permintaan-

nya juga dilakukan misalnya oleh seorang dokter? Bukankah antara teman sejawat tidak ada rahasia? Mungkin hal ini harus di *clear* kan, karena setiap kali dokter yang merawatnya direpotkan dengan hal-hal semacam ini yang sebenarnya terletak di bidang administratif dan hukum. Sebenarnya dengan mudah masalah ini dapat diselesaikan asalkan pihak-pihak yang berkepentingan sudah mengetahui hukumnya dan mau mengerti serta mentaatinya. Harus diketahui bahwa sewaktu pasien dan pihak asuransi mengadakan perjanjian, pihak rumah sakit sama sekali tidak tahu-menahu. Maka antara rumah sakit dan pihak asuransi sama sekali tidak ada kaitan secara langsung. Sesudah pasien masuk rumah sakit dan dirawat, baru timbul hubungan antara rumah sakit - pasien, namun tidak dengan pihak asuransi (Lain halnya Astek, Jasa Raharja yang memang sudah ada perjanjian dengan rumah sakit sebelumnya).

Selain itu pemberian keterangan kepada pihak asuransi tersebut tidak termasuk perjanjian terapeutik rumah sakit (dokter) - pasien, sehingga dapat dikenakan honor terpisah.

Persoalan lain adalah yang menyangkut Rekam Medis. Masih belum disadari bahwa berkas ini merupakan alat bukti yang kuat dan sangat penting. Mengapa? Karena bukti yang utama di dalam perkara tuntutan malpraktek medik yang dapat dipertanggungjawabkan dan diterima di depan Pengadilan adalah catatan-catatan yang telah ditulis di dalam Rekam Medis tersebut (yang asli dan tidak ditambah/dicoret/diganti/diubah, dsb). Namun tulisan itu harus dapat dibaca dan dapat memberi gambaran secara kronologis mengenai apa-apa saja yang telah dilakukan oleh dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya selama pasien dirawat. Banyak tulisan dokter pada Rekam Medis tersebut tak terbaca. Ada juga yang tidak lengkap menulis. Berapa menitkah harus dikorbankan untuk menulis suatu catatan? Kalau sudah ada tuntutan malpraktek medik, barulah terasa betapa pentingnya catatan tersebut yang tadinya dianggap hal-hal sepele. Dari pihak perawat tampak sudah banyak kemajuan dan memberi catatan lengkap tentang pasien yang di bawah perawatannya.

Di Jerman oleh *Bundesgerichtshof* (Mahkamah Agung) bahkan telah dikembangkan suatu ajaran bahwa kepada dokter dan rumah sakit dibebankan suatu wajib dokumentasi. Penelantaran dari kewajiban membawa akibat bahwa beban pembuktian (*onus, burden of proof*) menjadi terbalik. Jika tadinya sebagaimana biasa beban untuk membuktikan terletak pada yang menggugat (pasien), kini dalam kasus malpraktek medik yang rekam medisnya tidak terbaca, rumah sakit/dokternyalah yang harus membuktikan ketidaksalahannya/ketidakiannya⁽¹⁾.

Gemala Hatta di dalam Rakernas Pormiki I telah mengutip Leslie Ann Fox: ". ... *a physician can protect himself from the appearance of negligence by the care and diligence with which he writes his notes*" ⁽⁶⁾ Seorang dokter dapat membuktikan dirinya dari kesan telah berlaku lalai atau teliti dalam memberikan pelayanan dengan catatan-catatan yang telah ditulisnya.

Di atas telah dikatakan bahwa antara Etik dan Hukum sukar dipisah-pisahkan. Hanya bisa diadakan pembedaan (*onderscheiden*), tetapi tidak bisa dipisahkan (*scheiden*). Demikian pula antara rumah sakit dan dokternya. Beberapa contoh:

1) Rumah Sakit (dokter) menahan-nahan pasien VIP yang sebenarnya sudah dapat dipulangkan, sekedar untuk memenuhi ruangan yang kosong, memperpanjang *length of stay*.

Memang sukar dibuktikan, namun jika sampai terlampau lama pasien pun akan bertanya-tanya di dalam hati: sakit apa saya sebenarnya sehingga harus dirawat sedemikian lama. Bahkan cenderung untuk mendapat penyakit iatrogenik dari rumah sakit sehingga jadi berkepanjangan dan bisa dijadikan dasar tuntutan.

Sesudah keluar dari rumah sakit ia akan menceritakan pengalaman pahitnya dengan dokter tersebut. Nama rumah sakit sedikit banyak pun akan tercemar.

2) Atas dasar "indikasi medik" terhadap pasien yang mampu dilakukan berbagai pemeriksaan (mahal) yang sebenarnya tidak perlu atau tak ada gunanya, sekedar untuk pengembalian kredit Bank sehingga terjadi *overuse* dari peralatan mahal. Atau sebaliknya pasien yang harus diperiksa dengan alat tersebut untuk dapat diketahui persis penyakitnya tidak dilakukan, karena tidak mampu membayar (*undertreatment*), atau tidak menerimanya dengan berbagai dalih. Dan pasien yang dianggap tebal kantongnya di-pingpong lebih dahulu ke beberapa spesialis supaya lebih "yakini" akan penyakitnya. Tampaknya pandangan klinis (*klinische blik*) sementara dokter sudah ada yang memudar, sehingga lebih tergantung kepada peralatan penunjang medik. Sebenarnya hasil penunjang medik seharusnya adalah sekedar untuk meyakinkan kebenaran dugaan diagnosisnya.

3) Pasien yang sebenarnya harus dirujuk ke spesialis/bagian lain masih ditahan-tahan sehingga penyakitnya bertambah parah. Misalnya: pasien yang fungsi ginjalnya sudah minim (gagal ginjal) yang kadar ureumnya sudah di atas 200 dan kreatininnya sudah jauh melebihi angka 7, tetapi masih belum dirujuk untuk hemodialisis. Bahkan masih dicoba-coba dengan obat diuretik.

4) Dokter spesialis *on call* yang pada waktu malam tidak mau datang, tetapi tidak melepaskan pasiennya. Besoknya pasien meninggal, tetapi sang dokter masih tetap menulis honorinya walaupun belum pernah melihatnya, apalagi memeriksanya. Bisa terkena KUH Pidana tentang Penipuan.

5) Bagian Administrasi Rumah Sakit yang tidak memperbolehkan pasien pulang karena tidak bisa melunasi biaya rumah sakit/dokter, walaupun sudah diperbolehkan pulang oleh dokter. Bisa terkena KUH Pidana pasal 333 tentang Penyanderaan yang tidak sah (*onrechtmatige vrijheidsberoving*).

6) Pasien gawat-darurat yang belum *stabilized*, tetapi dikirim ke rumah sakit lain karena tidak bisa membayar uang muka. Jika sampai meninggal di jalan, rumah sakit bisa dipersalahkan karena melakukan *patient's dumping*.

Di dalam literatur dibedakan dua bentuk *interhospital transfer* (pasien gawat darurat yang belum stabil dan wanita yang sedang mau melahirkan), yang bisa mengakibatkan *transfer associated death* ⁽⁷⁾:

a) Atas dasar alasan medis (karena kekurangan sarana, peralatan yang diperlukan atau tidak adanya tenaga spesialisasinya (*medical reasons*),

b) Atas dasar pertimbangan finansial (butir 6 di atas), (*economic reasons*).

7) Tidak menerima pasien yang dalam keadaan terminal untuk menekan *mortality rate* dan memelihara nama baik rumah sakit atau pasien demikian cepat-cepat dipindahkan dengan berbagai dalih ke rumah sakit lain.

8) Menahan pasien dan tidak merujuk ke rumah sakit lain, walaupun alat diagnosis yang diperlukan untuk mendeteksi penyakitnya tidak dipunyai (*CT Scan*) dan tidak ada tenaga dokter spesialisnya. Hal ini bisa menjadi kasus hukum kalau sampai mengakibatkan matinya sang pasien. Di dalam yurisprudensi hukum kedokteran penuntutannya didasarkan atas *lack of diagnostic information and the failure to refer to another hospital*.

9) Masalah etik yang pelik bisa timbul di ruang ICU apabila misalnya alat ventilator yang tersedia, semuanya sedang dipasang pada pasien, termasuk pasien yang sudah tak ada harapan pulih kembali. Bagaimana jika kemudian diperlukan untuk pasien lain yang masih banyak harapan?

10) Pasien dengan *multiple sclerosis* yang sebelumnya sudah beberapa kali menyatakan minta diakhiri hidupnya saja. Bagaimana pertimbangan etis di Indonesia tentang: *NCO (Nursing Care Only)*, *DNR (Do Not Resuscitate) order*? Kode Etik mana yang menilai dan memutuskan: Kode Etik Kedokteran atau Kode Etik Rumah Sakit?

11) Apakah suatu usaha pengobatan yang sudah tak bisa menolong lagi (Prof. Leenen: *zinlose medische behandeling*) boleh dihentikan atau harus diteruskan? Menurut Leenen seorang dokter tidak usah mulai memberikan suatu terapi atau meneruskan suatu terapi, jika dilihat dari segi medis, tidak akan ada gunanya (*Een arts dient derhalve niet met een therapie te beginnen noch deze voort te zetten, indien er, medisch gezien, geen resultaat van te verwachten valt*).

12) Masalah yang menyangkut Euthanasia dan Kematian:

- Tidak mulai memberikan *life support treatment* pada pasien *in faust*,
- Bilamana pemberian *life support treatment* tersebut boleh dihentikan? (bandingkan butir no. 11 di atas)
- Penghentian atas dasar finansial atau pulang paksa apakah tidak merupakan pseudo-euthanasia?
- Arti *ordinary and extra-ordinary means* yang dengan perkembangan pesat iptek kedokteran menjadi pengertian yang samar. Pernah dari pihak agama Katholik mengemukakan perumusan lain: *treatment which is disproportionately burdensome, or futile, is not obligatory* ⁽⁸⁾. Bagaimana pendirian kita dalam masalah ini?

KEPUSTAKAAN

1. Relman AS. What are hospitals for? Economic Considerations in Emergency Care. N. Engl. J. Med 1985; 312 (6) : 372.
2. Sluyters B. De aansprakelijkheid van Arts en Ziekenhuis. Preadvies Nederlandse Vereniging voor Rechtsvergelijking, Kluwer, Deventer, 1984. p 60.
3. Al Purwa Hadiwardoyo. Etika Medis. Pustaka Filsafat, Penerbit Kanisius, 1989, p 54.
4. Bohigas L. et. al. Who Runs the Hospital? Hospital Management International, 1989.
5. Wrenn K. No Insurance, No Admission. N. Engl. J. Med. 1985; 312 (6).
6. Gemala Hatta. Peranan Rekam Medis dalam tanggung gugat praktek profesional Tenaga Kesehatan. Seminar Sehari dan Rakemas I PORMIKI, BLKM Cilandak, 7-8 Agustus 1993.
7. Kellennann AL. Interhospital patient transfer. N. Engl. J. Med. 1988; 319(10):643.
8. Leenen HJJ. Rechten van Mensen in de Gezondheidszorg. Brussel: Samson Uitgeverij Alphen aan den Rijn, 1978. p. 239.
9. Skegg PDG. Law, Ethics, an Medicine. Pada footnote membandingkan "Sacred Congregation of the Doctrine of Faith, "Iura et Bona (Declaration on Euthanasia), 1980), 72 Acta Apostolicae Sedits 542-52 Clarendon Press, Oxford (1984). p. 147.

