

# KOMUNIKASI, ETIKA & HUKUM KESEHATAN DALAM KEDOKTERAN GIGI



## Tim Penulis:

Drg. Fuad Husain Akbar, M.Kes., Ph.D.

Prof. Dr. drg. Burhanuddin Daeng Pasiga, M.Kes.

Dr. Muh. Hasrul, SH., MH.


Nosakros Arya, S.Sos., M.I.Kom.

**KOMUNIKASI, ETIKA, DAN HUKUM KESEHATAN  
DALAM BIDANG KEDOKTERAN GIGI**



# **KOMUNIKASI, ETIKA, DAN HUKUM KESEHATAN DALAM BIDANG KEDOKTERAN GIGI**

Fuad Husain Akbar  
Burhanuddin Daeng Pasiga  
Muh. Hasrul  
Nosakros Arya

**Penerbit:**  
 unhas  
press  
UPT Unhas Press

# **KOMUNIKASI, ETIKA, DAN HUKUM KESEHATAN DALAM BIDANG KEDOKTERAN GIGI**

## **Penulis**

Fuad Husain Akbar  
Burhanuddin Daeng Pasiga  
Muh. Hasrul  
Nosakros Arya

## **Tata Letak**

Muhammad Ihlasul Amal

## **Desain Sampul**

Nosakros Arya

## **Penerbit**

UPT Unhas Press

## **Alamat Penerbit**

Gedung UPT Unhas Press (Depan Fakultas Hukum)  
Telepon: 0411-8997706 | HP/WA: +62 8229955591  
Kampus Unhas Tamalanrea, Jalan Perintis Kemerdekaan KM 10  
Makassar | unhaspress@gmail.com | unhaspress.com

**Hak Cipta** © Fuad Husain Akbar, et al. *All rights reserved.* Hak cipta dilindungi undang-undang.

**Cetakan II** 2021

**ISBN** 978-979-530-255-1

## **Keanggotaan:**

IKAPI Nomor: 002/SSL/01

APPTI Nomor: 005.026.1.03.2018

*Dilarang memperbanyak isi buku ini, baik sebagian maupun seluruhnya dalam bentuk apapun tanpa izin tertulis dari penulis/penerbit.*

## PENGANTAR

**P**uji syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa karena dengan rahmat, karunia, serta taufik dan hidayah-Nya kami dapat menyelesaikan buku Komunikasi, Etika dan Hukum Kesehatan dalam Kedokteran Gigi.

Kami sangat berharap buku ini dapat berguna dalam rangka menambah wawasan serta pengetahuan kita. Kami juga menyadari sepenuhnya bahwa di dalam buku ini terdapat kekurangan dan jauh dari kata sempurna. Oleh sebab itu, kami berharap adanya kritik, saran dan usulan demi perbaikan buku yang telah kami buat di masa yang akan datang, mengingat tidak ada sesuatu yang sempurna tanpa saran yang membangun.

Semoga buku ini dapat dipahami bagi siapa pun yang membacanya. Sekiranya buku yang telah disusun ini dapat berguna bagi kami sendiri maupun orang yang membacanya. Sebelumnya kami mohon maaf apabila terdapat kesalahan kata-

kata yang kurang berkenan dan kami memohon kritik dan saran yang membangun dari anda demi perbaikan buku ini di waktu yang akan datang.

Makassar, 28 Mei 2020

**Tim Penulis**

# DAFTAR ISI

PENGANTAR — v

DAFTAR ISI — vii

## **1** KONSEP DASAR KOMUNIKASI — 1

Pengertian Komunikasi — 1

Sejarah Komunikasi — 6

Jenis-jenis Komunikasi — 9

Teori Komunikasi menurut Beberapa Ahli — 13

## **2** HAK DAN KEWAJIBAN DOKTER-PASIEN — 25

Hak Dokter dalam Bidang Kesehatan — 26

Kewajiban Dokter dalam Bidang Kesehatan — 26

Hak Pasien dalam Bidang Kesehatan — 27

Kewajiban pasien dalam bidang kesehatan — 29

<b>3</b>	<b>PERUBAHAN PARADIGMA PADA HUBUNGAN DOKTER PASIEN</b>	<b>— 31</b>
	Definisi Paradigma	— 32
	Hubungan Dokter dengan Pasien	— 33
	Perubahan Paradigma pada Hubungan Dokter dengan Pasien	— 34
<b>4</b>	<b>KOMUNIKASI DOKTER DENGAN PASIEN</b>	<b>— 41</b>
	Pola Hubungan Dokter-Pasien	— 43
	Menciptakan Komunikasi Dokter dan Pasien yang Efektif	— 45
	Tujuan dan Manfaat Komunikasi Dokter dan Pasien	— 47
<b>5</b>	<b>SENGKETA MEDIS DALAM BIDANG KEDOKTERAN GIGI</b>	<b>— 51</b>
	Sengketa Medik	— 56
	Hukum yang Mengatur Sengketa Medik	— 61
	Dimensi Hukum Sengketa Medik	— 62
	Risiko Medis dan Kelalaian Medik	— 70
	Pembiaran Medik	— 76
<b>6</b>	<b>MALAPRAKTIK MENURUT HUKUM PIDANA DAN HUKUM PERDATA</b>	<b>— 81</b>
	Pengertian Malapraktik	— 82
	Malapraktik Dari Sudut Pandang Hukum Pidana	— 85
	Malapraktik dari Sudut Pandang Hukum Perdata	— 88
<b>7</b>	<b>PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN</b>	<b>— 93</b>
	Esensi Hubungan Pasien dan Dokter Gigi	— 95
	Aspek Hukum Hubungan Pasien dan Dokter dalam Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan	— 97

Persetujuan Tindakan Kedokteran dalam Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan	— 103
---	-------

## **8 INFORMED CONSENT DALAM PERJANJIAN TERAPEUTIK — 115**

Perjanjian Terapeutik	— 116
<i>Informed Consent</i>	— 119

## **9 KOMUNIKASI INTERPERSONAL DALAM PELAYANAN KESEHATAN — 127**

Pengertian Hubungan Interpersonal	— 128
Peran Komunikasi Interpersonal dalam Pelayanan Kesehatan	— 128

## **10 KODE ETIK KEDOKTERAN GIGI — 131**

Definisi Etika Kedokteran Gigi	— 132
Prinsip-prinsip Etika Kedokteran dalam Kaidah Dasar Bioetika	— 132

## **DAFTAR PUSTAKA — 141**

## **LAMPIRAN — 149**



# 1 KONSEP DASAR KOMUNIKASI

## Pengertian Komunikasi

Istilah komunikasi dalam bahasa inggris “*communication*”, dari bahasa latin “*communicatus*” yang mempunyai arti berbagi atau menjadi milik bersama, komunikasi diartikan sebagai proses berbagi di antara pihak-pihak yang melakukan aktivitas komunikasi tersebut. Menurut Lexicographer, komunikasi adalah upaya yang bertujuan berbagi untuk mencapai kebersamaan. Jika dua orang berkomunikasi maka pemahaman yang sama terhadap pesan yang saling dipertukarkan adalah tujuan yang diinginkan oleh keduanya. *Webster’s New Collegiate Dictionary* edisi tahun 1977 antara lain menjelaskan bahwa komunikasi adalah suatu

proses pertukaran informasi diantara individu melalui sistem lambang-lambang, tanda-tanda, atau tingkah laku.

Secara terminologi, Danil Vardiasnyah mengungkapkan beberapa definisi komunikasi secara istilah yang dikemukakan para ahli sebagai berikut:

1. Jenis dan Kelly  
“Komunikasi adalah suatu proses melalui mana seseorang (komunikator) menyampaikan stimulus (biasanya dalam bentuk kata-kata) dengan tujuan mengubah atau membentuk perilaku orang lainnya (khalayak).”
2. Berelson dan Stainer  
“Komunikasi adalah suatu proses penyampaian informasi, gagasan, emosi, keahlian, dan lain-lain. Melalui penggunaan simbol-simbol seperti kata-kata, gambar-gambar, angka-angka, dan lain-lain.”
3. Gode  
“Komunikasi adalah suatu proses yang membuat sesuatu dari yang semula yang dimiliki oleh seseorang (monopoli seseorang) menjadi dimiliki dua orang atau lebih.”
4. Brandlun  
“Komunikasi timbul didorong oleh kebutuhan-kebutuhan untuk mengurangi rasa ketidakpastian, bertindak secara efektif, mempertahankan atau memperkuat ego.”
5. Resuch  
“Komunikasi adalah suatu proses yang menghubungkan satu bagian dengan bagian lainnya dalam kehidupan.”
6. Weaver  
“Komunikasi adalah seluruh prosedur melalui mana pikiran seseorang dapat memengaruhi pikiran orang lainnya.”

Deddy Mulyana juga memberikan beberapa definisi Komunikasi secara istilah yang dikemukakan beberapa pendapat para ahli antara lain:

1. Theodore M. Newcomb  
“Komunikasi merupakan setiap Tindakan komunikasi dipandang sebagai suatu transmisi informasi, terdiri dari rangsangan yang diskriminatif, dari sumber kepada penerima.”
2. Carl. I. Hovland  
“Komunikasi adalah proses yang memungkinkan seseorang (komunikator) menyampaikan rangsangan (biasanya lambang-lambang verbal) untuk mengubah perilaku orang lain (komunikate).”
3. Gerald R. Miller  
“Komunikasi terjadi ketika suatu sumber menyampaikan suatu pesan suatu penerima dengan niat yang disadari untuk memengaruhi perilaku penerima.”
4. Everett M. Rogers  
“Komunikasi adalah proses dimana suatu ide dialihkan dari sumber kepada suatu penerima atau lebih, dengan maksud untuk merubah tingkah laku mereka.”
5. Raymond S. Ross  
“Komunikasi (internasional) adalah suatu proses menyortir, memilih dan mengirimkan simbol-simbol sedemikian rupa sehingga membantu pendengar membangkitkan makna atau respons dari pikirannya yang serupa dengan yang dimaksudkan komunikator.”
6. Mary B. Cassata dan Molefi K. Asante  
“(Komunikasi adalah) transmisi informasi dengan tujuan memengaruhi khalayak.”
7. Harold Laswell  
“(Cara yang baik untuk menggambarkan komunikasi adalah dengan menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut)

*Who says what and with channel to whom with what effect? (Siapa yang mengatakan apa dengan saluran apa kepada siapa dengan pengaruh bagaimana).”*

Alo Liliweri dalam bukunya Dasar-dasar Komunikasi Antar Budaya mengutip pendapat Walstrom dari berbagai sumber menyebutkan beberapa definisi komunikasi, yakni:

1. Komunikasi antar manusia sering diartikan dengan pernyataan diri yang paling efektif.
2. Komunikasi merupakan pertukaran pesan-pesan secara tertulis dan lisan melalui percakapan, atau bahkan melalui penggambaran yang imajiner.
3. Komunikasi merupakan pembagian informasi atau pemberian hiburan melalui kata-kata secara lisan atau tertulis dengan metode lainnya.
4. Komunikasi merupakan pengalihan informasi dari seorang kepada orang lain.
5. Pertukaran makna antara individu dengan menggunakan sistem simbol yang sama.
6. Komunikasi adalah proses pengalihan pesan yang dilakukan seorang melalui suatu saluran tertentu kepada orang lain dengan efek tertentu.
7. Komunikasi adalah proses pembagian informasi, gagasan atau perasaan yang tidak saja dilakukan secara lisan dan tertulis melainkan melalui bahasa tubuh, atau gaya atau tampilan pribadi, atau hal lain di sekelilingnya yang memperjelas makna.

Sebuah definisi yang dibuat oleh kelompok sarjana komunikasi yang mengkhususkan diri pada studi komunikasi antar manusia (*human communication*) bahwa; komunikasi adalah suatu transaksi, proses simbolik yang menghendaki orang-orang mengatur lingkungannya dengan:

1. Membangun hubungan antar sesama manusia;
2. Melalui pertukaran informasi;
3. Untuk menguatkan sikap dan tingkah laku orang lain; serta
4. Berusaha mengubah sikap dan tingkah laku itu.

Definisi komunikasi sangat beragam dan bervariasi, hal ini dibuktikan oleh Dance dan Larson (1976) yang berhasil mengumpulkan 126 definisi komunikasi yang berlainan. Melihat berbagai komunikasi yang telah diberikan para ahli sangatlah beragam tergantung atas pendekatan yang digunakan dalam menelaah pengertian komunikasi itu sendiri. Saefullah menyatakan pada dasarnya secara terminologis para ahli berusaha mendefinisikan komunikasi dari berbagai perspektif, mulai dari perspektif filsafat, sosiologi, dan psikologi. Walaupun demikian dari berbagai definisi yang diungkapkan para ahli di atas maka secara umum komunikasi dapat diartikan sebagai suatu penyampaian pesan baik verbal maupun non-verbal yang mengandung arti atau makna tertentu atau lebih jelasnya dapat dikatakan penyampaian informasi atau gagasan dari seseorang kepada orang lain baik itu berupa pikiran dan perasaan-perasaan melalui sarana atau saluran tertentu.

Komunikasi dapat terjadi dalam diri seseorang, antara dua orang, diantara beberapa orang, atau banyak orang. Komunikasi mempunyai tujuan tertentu. Artinya komunikasi yang dilakukan sesuai dengan keinginan dan kepentingan para pelakunya. Pemaknaan terhadap informasi bersifat subjektif dan kontekstual. Subjektif artinya, masing-masing pihak memiliki kapasitas untuk memakai informasi yang disebarkan atau diterima berdasarkan apa yang ia rasakan, ia yakini, dan ia mengerti serta berdasarkan tingkat pengetahuan kedua pihak. Sedangkan kontekstual adalah bahwa pemaknaan itu berkaitan erat dengan kondisi waktu dan

tempat di mana informasi itu ada dan di mana kedua belah pihak berada.

## **Sejarah Komunikasi**

Tidak ada data autentik yang dapat menerangkan tentang kapan manusia mulai mampu berkomunikasi dengan manusia lainnya. Hanya saja diperkirakan bahwa kemampuan manusia untuk berkomunikasi dengan orang lain secara lisan adalah suatu peristiwa yang berlangsung dengan sendirinya.

Namun, Everet M. Rogers antara lain menyebutkan bahwa sejarah komunikasi sudah dikenal diperkirakan mulai sekitar 4.000 tahun Sebelum Masehi dan biasa disebut dengan zaman Cro-Magnon. Kemudian sekitar tahun 22.000 Sebelum Masehi, para ahli prasejarah menemukan lukisan-lukisan dalam gua yang diperkirakan karya komunikasi manusia pada zaman tersebut.

Sifat manusia dalam menyampaikan keinginannya serta untuk mengetahui hasrat orang lain, merupakan awal keterampilan manusia berkomunikasi baik menggunakan lambang-lambang isyarat, kemudian kemampuannya dalam memberikan arti pada setiap lambang-lambang tersebut dalam bentuk bahasa verbal. Sehingga menurut Rogers, peristiwa tersebut merupakan ciri generasi pertama kecakapan manusia dalam berkomunikasi sebelum mereka mampu mengutarakan pikirannya secara tertulis.

Menurut Rogers, sejarah perkembangan komunikasi dapat dibagi menjadi empat era perubahan:

### 1. Era Komunikasi Tulisan

Diperkirakan dimulai ketika bangsa Sumeria mulai mengenal kemampuan menulis dalam lembaran tanah liat sekitar 4.000 tahun sebelum Masehi.

## 2. Era Komunikasi Cetakan

Era ini dimulai sejak ditemukannya mesin cetak *band-press* oleh Guttenberg dan John Caesar di Jerman pada tahun 1456 dan kira-kira berlangsung selama 5.000 tahun.

## 3. Era Telekomunikasi

Pada tahun 1844, Samue Morse menemukan alat telegraf yang pertama dan mengawali era telekomunikasi.

## 4. Era Komunikasi Interaktif

Era komunikasi interaktif mulai terjadi pada pertengahan abad ke-19 dengan ditemukannya *Mainframe Computer ENI-AC* dengan 18.000 *vacuum tubes* oleh para ahli dari Universitas Pennsylvania di Amerika Serikat, pada tahun 1946.

Sedangkan perkembangan ilmu komunikasi dapat dibagi menjadi empat era perubahan, yaitu:

### 1. Periode Transisi Retorika

Studi komunikasi atau yang dikenal sebagai retorika pada zaman Yunani Kuno, sebenarnya telah ada sebelum zaman Yunani. Pada zaman kebudayaan Mesir telah ada tokoh-tokoh retorika seperti Kagemi dan Path-Hotep, namun demikian tradisi retorika sebagai upaya pengkajian dan terorganisasi baru dilakukan pada zaman Yunani Kuno dengan perintisnya ialah Aristoteles. Aristoteles menyatakan bahwa retorika mencakup tiga unsur yang bertujuan untuk memersuasi, yaitu:

- a. *Ethos* (kredibilitas sumber),
- b. *Pathos* (hal yang menyangkut emosi/perasaan), dan
- c. *Logos* (hal yang berkaitan dengan fakta).

Pokok-pokok pikiran ini kemudian dikembangkan lagi oleh Cicero dan Quintilian, dalam lima aturan retorika, yaitu:

- a. *Inventio* (urutan argumentasi),
- b. *Dispesitio* (pengaturan ide),

- c. *Eloquutio* (gaya bahasa),
- d. *Memoria* (ingatan), serta
- e. *Pronunciatio* (cara penyampaian pesan)

Menurut mereka unsur-unsur tersebut di atas juga menentukan keberhasilan upaya persuasi yang dilakukan seseorang. Selain mereka, ada juga tokoh retorika lain yang terkenal zaman itu, diantaranya Corax, Scocrates dan Plato.

## 2. Periode Pertumbuhan (1900-Perang Dunia II)

Pertumbuhan komunikasi dapat dikatakan dimulai pada awal abad ke-19. Ada beberapa perkembangan penting yang terjadi pada masa ini, seperti penemuan-penemuan teknologi komunikasi seperti telepon, telegraf, radio, televisi dan lain-lain. Perang Dunia I dan II juga pecah pada masa ini.

Secara umum bidang-bidang studi komunikasi yang berkembang pada periode ini diantaranya ialah peranan komunikasi dalam kehidupan sosial, komunikasi dan pendidikan, penelitian komunikasi komersial dan lain-lain. Pada masa itu, bidang kajian komunikasi dan kehidupan sosial mulai berkembang sejalan dengan proses modernisasi yang terjadi. Dapat dikatakan bahwa komunikasi mempunyai peran dan kontribusi yang nyata terhadap perubahan sosial.

## 3. Periode Konsolidasi (PD II-1960-an)

Periode setelah Perang Dunia II ini disebut dengan periode konsolidasi. Oleh sebab itu, pada masa ini konsolidasi dari pendekatan ilmu komunikasi sebagai suatu ilmu pengetahuan sosial bersifat multidisipliner (mencakup berbagai ilmu) mulai terjadi. Kristalisasi ilmu komunikasi ditandai oleh dua hal.

Pertama, adanya adopsi perbendaharaan istilah-istilah yang dipakai secara seragam. Kedua, munculnya buku-buku dasar yang membahas tentang pengertian dan proses Komunikasi

telah menjadi suatu pendekatan yang lintas disiplin dalam arti mencakup berbagai disiplin ilmu lainnya karena didasari bahwa komunikasi merupakan suatu proses sosial yang kompleks. Istilah *Mass Communication* (Komunikasi Massa) dan *Communication Research* (Penelitian Komunikasi) mulai banyak dipergunakan. Cakupan bidang studi komunikasi mulai diperjelas dan dibagi dalam empat bidang tataran, yaitu komunikasi antarpribadi, komunikasi intrapribadi, komunikasi kelompok dan organisasi, komunikasi makro serta komunikasi massa.

#### 4. Periode Teknologi Komunikasi (1960-sekarang)

Sejak tahun 1960-an perkembangan ilmu komunikasi semakin kompleks dan mengarah pada spesialisasi. Menurut Rogers, perkembangan studi komunikasi sebagai suatu disiplin ilmu telah memasuki periode tinggal landas sejak tahun 1950. Periode masa sekarang juga disebut sebagai periode komunikasi dan informasi yang ditandai oleh beberapa faktor lain, yaitu:

- a. Kemajuan teknologi komputer, VRC, TV kabel dan alat-alat komunikasi jarak jauh lainnya.
- b. Tumbuhnya industri media yang tidak hanya bersifat nasional tetapi juga regional dan global.
- c. Ketergantungan terhadap situasi ekonomi dan politik global khususnya dalam konteks *center periphery*.
- d. Semakin gencarnya kegiatan pembangunan ekonomi di seluruh negara.
- e. Semakin luasnya proses demokratisasi ekonomi dan politik.

### **Jenis-jenis Komunikasi**

Komunikasi berdasarkan penyampaiannya. Pada umumnya setiap orang dapat berkomunikasi satu sama lain tidak hanya

mahluk individu tetapi juga mahluk sosial yang selalu mempunyai kebutuhan untuk berkomunikasi dengan sesamanya. Namun tidak semua orang terampil berkomunikasi, oleh sebab itu dibutuhkan beberapa cara dalam menyampaikan informasi.

Berdasarkan cara menyampaikan informasi dapat dibedakan menjadi komunikasi verbal dan non-verbal, sementara komunikasi berdasarkan perilaku dapat dibedakan menjadi komunikasi formal, komunikasi informal, dan komunikasi non formal.

Agus M. Hardjana menyatakan bahwa komunikasi verbal adalah komunikasi yang menggunakan kata-kata, entah lisan maupun tulisan. Komunikasi ini paling banyak dipakai dalam hubungan antar manusia. Melalui kata-kata mereka mengungkapkan perasaan, emosi, pemikiran, gagasan, atau maksud mereka, menyampaikan fakta, data, dan informasi serta menjelaskannya, saling bertukar pikiran dan pemikiran, saling berdebat dan bertengkar.

Adapun unsur-unsur penting dalam komunikasi verbal, yaitu:

1. Bahasa

Pada dasarnya bahasa adalah suatu sistem lambang yang memungkinkan orang berbagi makna. Dalam Komunikasi verbal, lambang bahasa yang digunakan adalah Bahasa verbal entah lisan, tertulis pada kertas, ataupun elektronik. Bahasa suatu bangsa atau suku berasal dari interaksi dan hubungan antara warganya satu sama lain. Bahasa yang memiliki fungsi, namun sekurang-kurangnya ada tiga fungsi yang erat hubungannya dalam menciptakan komunikasi yang efektif. Ketiga fungsi itu adalah:

- a. Untuk mempelajari tentang dunia sekeliling kita.
- b. Untuk membina hubungan yang baik diantara sesama manusia.
- c. Untuk menciptakan ikatan-ikatan dalam kehidupan manusia.

## 2. Kata

Julia T. Wood, dalam bukunya *Communication in Our Lives*, mengartikan kata adalah sebagai lambang yang mewakili hal, entah orang, barang, kejadian, atau keadaan. Jadi, kata itu bukan orang, barang, kejadian, atau keadaan sendiri. Makna kata tidak ada pada pikiran orang. Tidak ada hubungan langsung antara kata dan hal. Yang berhubungan langsung hanyalah kata dan pikiran orang.

Sedangkan komunikasi non-verbal adalah komunikasi yang pesannya dikemas dalam bentuk non-verbal, tanpa kata-kata. Dalam hidup nyata komunikasi non-verbal jauh lebih banyak dipakai daripada komunikasi verbal. Dalam berkomunikasi hampir secara otomatis komunikasi non-verbal ikut terpakai. Karena itu, komunikasi non-verbal bersifat tetap dan selalu ada. Komunikasi non-verbal lebih jujur mengungkapkan hal yang mau diungkapkan karena spontan.

Julia T. Wood mengungkapkan komunikasi non-verbal adalah semua aspek Komunikasi selain kata-kata sendiri. Ini mencakup bagaimana kita mengucapkan kata-kata (infleksi, volume), fitur, lingkungan yang memengaruhi interaksi (suhu, pencahayaan), dan benda-benda yang memengaruhi citra pribadi dan pola interaksi (pakaian, perhiasan, meubel).

Komunikasi non-verbal dapat berupa bahasa tubuh, tanda, tindakan perbuatan (*action*), atau objek.

## 1. Bahasa Tubuh

Bahasa tubuh yang berupa raut wajah, gerak kepala, gerak tangan, gerak-gerak tubuh mengungkapkan berbagai perasaan, isi hati, isi pikiran, kehendak, dan sikap orang.

## 2. Tanda

Dalam komunikasi non verbal tanda mengganti kata-kata, misalnya bendera, rambu-rambu lalu lintas, aba-aba dalam olahraga.

## 3. Tindakan/ Perbuatan

Tindakan atau perbuatan ini tidak khusus dimaksudkan untuk mengganti kata-kata, tetapi dapat menghantarkan makna. Misalnya menggebrak meja dalam pembicaraan, menutup pintu keras-keras pada saat meninggalkan rumah, menekan gas mobil kuat-kuat. Semua itu mengandung makna tersendiri.

## 4. Objek

Objek sebagai bentuk komunikasi non-verbal juga tidak mengganti kata, tetapi dapat menyampaikan arti tertentu. Misalnya pakaian, aksesoris, rumah, perabot rumah, harta benda, kendaraan, dan hadiah.

Sementara komunikasi berdasarkan perilaku dibagi menjadi:

### 1. Komunikasi Formal

Komunikasi formal yaitu komunikasi yang terjadi diantara organisasi atau perusahaan yang tata caranya sudah diatur dalam struktur organisasinya.

### 2. Komunikasi Informal

Komunikasi informal yaitu komunikasi yang terjadi pada sebuah organisasi atau perusahaan yang tidak ditentukan dalam struktur organisasi serta tidak mendapat kesaksian resmi yang mungkin tidak berpengaruh kepada kepentingan organisasi atau perusahaan.

### 3. Komunikasi Non Formal

Komunikasi non formal yaitu komunikasi yang terjadi antara komunikasi yang bersifat formal dan informal, yaitu komunikasi yang berhubungan dengan pelaksanaan tugas pekerjaan organisasi atau perusahaan dengan kegiatan yang bersifat pribadi anggota organisasi atau perusahaan tersebut.

## **Teori Komunikasi menurut Beberapa Ahli**

Secara umum teori-teori komunikasi dapat dibagi dalam beberapa kelompok, yaitu:

#### 1. Teori-teori Umum (*General Theories*)

Teori ini merupakan teori yang mengarah pada bagaimana menjelaskan fenomena komunikasi (metode penjelasannya).

#### 2. Teori-teori Fungsional dan Struktural

Ciri dan pokok pikiran dari teori ini adalah Individu dipengaruhi oleh struktur sosial atau sistem sosial dan individu bagian dari struktur. Sehingga cara pandangnya dipengaruhi struktur yang berada di luar dirinya. Pendekatan ini menekankan tentang sistem sebagai struktur yang berfungsi. Karakteristik dari pendekatan ini adalah:

- a. Mementingkan sinkroni (stabilitas dalam kurun waktu tertentu) daripada diakroni (perubahan dalam kurun waktu tertentu). Misalnya dalam mengamati suatu fenomena menggunakan dalil-dalil yang jelas dari suatu kaidah. Perubahan terjadi melalui tahapan metodologis yang telah baku.
- b. Cenderung memusatkan perhatiannya pada akibat-akibat yang tidak diinginkan (*unintended consequences*) daripada hasil yang sesuai tujuan. Pendekatan ini tidak mempercayai konsep subjektivitas dan kesadaran. Fokus

mereka pada faktor-faktor yang berada di luar kontrol kesadaran manusia.

- c. Memandang realitas sebagai sesuatu yang objektif dan independen. Oleh karena itu, pengetahuan dapat ditemukan melalui metode empiris yang cermat.
  - d. Memisahkan bahasa dan lambang dari pemikiran dan objek yang disimbolkan dalam komunikasi. Bahasa hanyalah alat untuk merepresentasikan apa yang telah ada.
  - e. Menganut prinsip the correspondence theory of truth. Menurut teori ini bahasa harus sesuai dengan realitas. Simbol- simbol harus merepresentasikan sesuatu secara akurat.
3. Teori-teori Behavioral dan Kognitif

Teori ini berkembang dari ilmu psikologi yang memusatkan pengamatannya pada diri manusia secara individual. Beberapa pokok pikirannya

- a. Model stimulus–respons (S–R) yang menggambarkan proses informasi antara stimulus dan respons.
  - b. Mengutamakan analisis variabel. Analisis ini pada dasarnya merupakan upaya mengidentifikasi variabel-variabel kognitif yang dianggap penting serta mencari hubungan antar variabel.
  - c. Menurut pandangan ini komunikasi dipandang sebagai manifestasi dari proses berfikir, tingkah laku dan sikap seseorang. Oleh karenanya variabel-variabel penentu memegang peranan penting terhadap kognitif seseorang (termasuk bahasa) biasanya berada di luar kontrol individu.
4. Teori-teori Konvensional dan Interaksional

Teori ini beranggapan bahwa agar komunikasi dapat

berlangsung, individu-individu yang berinteraksi menggunakan aturan-aturan dalam menggunakan lambang-lambang. Bukan hanya aturan mengenai lambang itu sendiri tetapi juga harus sepakat dalam giliran berbicara, bagaimana bersikap sopan santun atau sebaliknya, bagaimana harus menyapa dan sebagainya. Teori ini berkembang dari aliran interactionisme simbolik yang menunjukkan arti penting dari interaksi dan makna. Pokok pikiran teori ini adalah:

- a. Kehidupan sosial merupakan suatu proses interaksi yang membangun, memelihara, serta mengubah kebiasaan-kebiasaan tertentu, termasuk dalam hal ini bahasa dan simbol. Komunikasi dianggap sebagai alat perekat masyarakat (*the glue of society*).
- b. Struktur sosial dilihat sebagai produk dari interaksi. Interaksi dapat terjadi melalui bahasa, sehingga bahasa menjadi pembentuk struktur sosial. Pengetahuan dapat ditemukan melalui metode interpretasi.
- c. Struktur sosial merupakan produk interaksi, karena bahasa dan simbol direproduksi, dipelihara serta diubah dalam penggunaannya. Sehingga focus pengamatannya adalah pada bagaimana bahasa membentuk struktur social, serta bagaimana bahasa direproduksi, dipelihara, serta diubah penggunaannya.
- d. Makna dapat berubah-ubah dari waktu ke waktu dari konteks ke konteks. Sifat objektif bahasa menjadi relatif dan temporer. Makna pada dasarnya merupakan kebiasaan-kebiasaan yang diperoleh melalui interaksi. Oleh karena itu makna dapat berubah dari waktu ke waktu, konteks ke konteks, serta dari kelompok social ke kelompok lainnya. Dengan demikian sifat objektivitas dari makna adalah relatif dan temporer.

## 5. Teori Kritis dan Interpretif

Jenis teori ini berkembang dari tradisi sosiologi interpretif, yang dikembangkan oleh Alfred Schultz, Paul Ricour, et al. Sementara teori kritis berkembang dari pemikiran Max Weber, Marxisme dan *Frankfurt School*. Interpretif berarti pemahaman (*verstehen*) berusaha menjelaskan makna dari suatu tindakan. Karena suatu tindakan dapat memiliki banyak arti, maka makna tidak dapat dengan mudah diungkap begitu saja. Interpretasi secara harfiah merupakan proses aktif dan inventif. Teori interpretif umumnya menyadari bahwa makna dapat berarti lebih dari apa yang dijelaskan oleh pelaku. Jadi interpretasi adalah suatu tindakan kreatif dalam mengungkap kemungkinan-kemungkinan makna. Implikasi sosial kritis pada dasarnya memiliki implikasi ekonomi dan politik, tetapi banyak diantaranya yang berkaitan dengan komunikasi dan tatanan komunikasi dalam masyarakat.

Meskipun demikian teoretisi kritis biasanya enggan memisahkan komunikasi dan elemen lainnya dari keseluruhan sistem. Jadi, suatu teori kritis mengenai komunikasi perlu melibatkan kritik mengenai masyarakat secara keseluruhan. Pendekatan kelompok ini terutama sekali populer di Negara-negara Eropa. Karakteristik umum yang mencirikan teori ini adalah :

- a. Penekanan terhadap peran subjektivitas yang didasarkan pada pengalaman individual.
- b. Makna merupakan konsep kunci dalam teori-teori ini. Pengalaman dipandang sebagai *meaning centered*.
- c. Bahasa dipandang sebagai kekuatan yang mengemudikan pengalaman manusia. Di samping karakteristik di atas yang menunjukkan kesamaan, terdapat juga perbedaan mendasar antara teori-teori interpretif dan teori-teori

kritis dalam pendekatannya. Pendekatan teori interpretif cenderung menghindarkan sifat-sifat preskriptif dan keputusan-keputusan absolut tentang fenomena yang diamati. Pengamatan menurut teori interpretif, hanyalah sesuatu yang bersifat tentatif dan relatif. Sementara teori-teori kritis lazimnya cenderung menggunakan keputusan-keputusan absolut, preskriptif dan juga politis sifatnya.

Jadi, dapat disimpulkan bahwa teori interpretif ditujukan untuk memahami pengalaman hidup manusia, atau untuk menginterpretasikan makna-makna teks. Sedangkan teori kritis berkaitan dengan cara-cara di mana kondisi manusia mengalami kendala dan berusaha menciptakan berbagai metode untuk memperbaiki kehidupan manusia.

Kemudian berdasarkan konteks dan tingkatan analisisnya, teori komunikasi dapat dibagi menjadi 5 (lima):

1. *Intra personal communication*, yaitu proses komunikasi yang terjadi dalam diri seseorang. Berfokus pada bagaimana jalannya proses pengolahan informasi yang dialami seseorang melalui sistem saraf dan indranya. Umumnya membahas mengenai proses pemahaman, ingatan, dan interpretasi terhadap simbol-simbol yang ditangkap melalui pancaindranya.
2. *Interpersonal communication*, yaitu komunikasi antar perorangan dan bersifat pribadi baik yang terjadi secara langsung (non-media) atau tidak langsung (media). Fokus teori ini adalah pada bentuk-bentuk dan sifat hubungan, percakapan, interaksi dan karakteristik komunikator.
3. *Group Communication* (Komunikasi kelompok). Fokus pada interaksi diantara orang-orang dalam kelompok kecil. Komunikasi kelompok juga melibatkan komunikasi antar

pribadi, namun pembahasannya berkaitan dengan dinamika kelompok, efisiensi dan efektivitas penyampaian informasi dalam kelompok, pola dan bentuk interaksi serta pembuatan keputusan.

4. *Organization Communication* (Komunikasi Organisasi). Mengarah pada pola dan bentuk komunikasi yang terjadi dalam konteks dan jaringan organisasi. Komunikasi organisasi melibatkan bentuk-bentuk komunikasi formal dan informal. Pembahasan teori ini menyangkut struktur dan fungsi organisasi, hubungan antar manusia, komunikasi dan proses pengorganisasiannya serta budaya organisasi.
5. *Mass Communication* (Komunikasi massa). Komunikasi massa adalah komunikasi melalui media massa yang ditujukan pada sejumlah khalayak yang besar. Proses komunikasi melibatkan keempat teori sebelumnya. Teori ini secara umum memfokuskan perhatiannya pada hal-hal yang menyangkut struktur media, hubungan media dan masyarakat, hubungan antara media dan khalayak, aspek-aspek budaya dari komunikasi massa, serta dampak komunikasi massa terhadap individu.

Menurut beberapa ahli, teori-teori Komunikasi yang menjadi pondasi dalam ilmu Komunikasi selama ini antara lain:

1. Teori Model Lasswell

Salah satu teoritikus komunikasi massa yang pertama dan paling terkenal adalah Harold Lasswell, dalam artikel klasiknya tahun 1948 mengemukakan model komunikasi yang sederhana dan sering dikutip banyak orang yakni: Siapa (*Who*), berbicara apa (*Says what*), dalam saluran yang mana (*in which channel*), kepada siapa (*to whom*) dan pengaruh seperti apa (*what that effect*) (Littlejohn, 1996).

## 2. Teori Komunikasi dua tahap dan pengaruh antar pribadi

Teori ini berawal dari hasil penelitian Paul Lazarsfeld, dkk mengenai efek media massa dalam kampanye pemilihan umum tahun 1940. Studi ini dilakukan dengan asumsi bahwa proses stimulus bekerja dalam menghasilkan efek media massa. Namun hasil penelitian menunjukkan sebaliknya. Efek media massa ternyata rendah dan asumsi stimulus respons tidak cukup menggambarkan realitas *audience* media massa dalam penyebaran arus informasi dan menentukan pendapat umum.

## 3. Teori Informasi atau Matematis

Salah satu teori komunikasi klasik yang sangat mempengaruhi teori-teori Komunikasi selanjutnya adalah teori informasi atau teori matematis. Teori ini merupakan bentuk penjabaran dari karya Claude Shannon dan Warren Weaver (1949, Weaver. 1949 b), *Mathematical Theory of Communication*. Teori ini melihat komunikasi sebagai fenomena mekanistik, matematis, dan informatif: komunikasi sebagai transmisi pesan dan bagaimana transmitter menggunakan saluran dan media komunikasi.

## 4. Teori *Uses and Gratifications* (Kegunaan dan Kepuasan)

Teori ini pertama kali diperkenalkan oleh Herbert Blumer dan Elihu Katz (1974). Teori ini mengatakan bahwa pengguna media memainkan peran aktif untuk memilih dan menggunakan media tersebut. Dengan kata lain, pengguna media adalah pihak yang aktif dalam proses komunikasi. Pengguna media berusaha mencari sumber media yang paling baik di dalam usaha memenuhi kebutuhannya. Artinya pengguna media mempunyai pilihan alternatif untuk memuaskan kebutuhannya. Elemen dasar yang mendasari pendekatan teori ini (Karl dalam Bungin, 2007), yaitu: (1) Kebutuhan dasar tertentu, dalam interaksinya dengan

(2) berbagai kombinasi antara intra dan ekstra individu, dan juga dengan (3) struktur masyarakat, termasuk struktur media, menghasilkan (4) berbagai percampuran personal individu, dan (5) persepsi mengenai solusi bagi persoalan tersebut, yang menghasilkan (6) berbagai motif untuk mencari pemenuhan atau penyelesaian persoalan, yang menghasilkan (7) perbedaan pola konsumsi media dan ( perbedaan pola perilaku lainnya, yang menyebabkan (9) perbedaan pola konsumsi, yang dapat memengaruhi (10) kombinasi karakteristik intra dan ekstra individu, sekaligus akan memengaruhi pula (11) struktur media dan berbagai struktur politik, kultural, dan ekonomi dalam masyarakat.

#### 5. Teori Pengharapan Nilai (*The Expectancy-Value Theory*)

Phillip Palmgreen berusaha mengatasi kurangnya unsur kelekatan yang ada di dalam teori *uses and gratification* dengan menciptakan suatu teori yang disebutnya sebagai *expectancy-value theory* (teori pengharapan nilai). Dalam kerangka pemikiran teori ini, kepuasan yang Anda cari dari media ditentukan oleh sikap Anda terhadap media –kepercayaan Anda tentang apa yang suatu medium dapat berikan kepada Anda dan evaluasi Anda tentang bahan tersebut.

#### 6. Teori Ketergantungan (*Dependency Theory*)

Teori ketergantungan terhadap media mula-mula diutarakan oleh Sandra Ball-Rokeach dan Melvin Defleur. Seperti teori *uses and gratifications*, pendekatan ini juga menolak asumsi kausal dari awal hipotesis penguatan. Untuk mengatasi kelemahan ini, pengarang ini mengambil suatu pendekatan sistem yang lebih jauh. Di dalam model mereka mereka mengusulkan suatu relasi yang bersifat integral antara pendengar, media, dan sistem social yang lebih besar.

## 7. Teori *Agenda Setting*

*Agenda setting* diperkenalkan oleh McCombs dan DL Shaw (1972). Asumsi teori ini adalah bahwa jika media memberi tekanan pada suatu peristiwa, maka media itu akan memengaruhi khalayak untuk menganggapnya penting. Jadi apa yang dianggap penting media, maka penting juga bagi masyarakat. Dalam hal ini media diasumsikan memiliki efek yang sangat kuat, terutama karena asumsi ini berkaitan dengan proses belajar bukan dengan perubahan sikap dan pendapat.

## 8. Teori Dependensi Efek Komunikasi Massa

Teori ini dikembangkan oleh Sandra Ball-Rokeach dan Melvin L. DeFluer (1976), yang memfokuskan pada kondisi struktural suatu masyarakat yang mengatur kecenderungan terjadinya suatu efek media massa. Teori ini berangkat dari sifat masyarakat modern, di mana media massa dianggap sebagai sistem informasi yang memiliki peran penting dalam proses memelihara, perubahan, dan konflik pada tataran masyarakat, kelompok, dan individu dalam aktivitas sosial

## 9. Teori *The Spiral of Silence*

Teori *the spiral of silence* (spiral keheningan) dikemukakan oleh Elizabeth Noelle-Neuman (1976), berkaitan dengan pertanyaan bagaimana terbentuknya pendapat umum. Teori ini menjelaskan bahwa terbentuknya pendapat umum ditentukan oleh suatu proses saling mempengaruhi antara komunikasi massa, komunikasi antar pribadi, dan persepsi individu tentang pendapatnya dalam hubungannya dengan pendapat orang-orang lain dalam masyarakat.

## 10. Teori Konstruksi Sosial Media Massa

Gagasan awal dari teori ini adalah untuk mengoreksi teori konstruksi sosial atas realitas yang dibangun oleh Peter L.

Berrger dan Thomas Luckmann (1966, *The social construction of reality. A Treatise in the sociology of knowledge*). Tafsir sosial atas kenyataan bahwa sebuah risalah tentang sosiologi pengetahuan). Mereka menulis tentang konstruksi sosial atas realitas social dibangun secara simultan melalui tiga proses, yaitu eksternalisasi, objektivasi, dan internalisasi. Proses simultan ini terjadi antara individu satu dengan lainnya di dalam masyarakat. Bangunan realitas yang tercipta karena proses sosial tersebut adalah objektif, subjektif, dan simbolis atau intersubjektif.

#### 11. Teori Difusi Inovasi

Teori difusi yang paling terkemuka dikemukakan oleh Everett Rogers dan para koleganya. Rogers menyajikan deskripsi yang menarik mengenai penyebaran dengan proses perubahan sosial, di mana terdiri dari penemuan, difusi (atau komunikasi), dan konsekuensi-konsekuensi. Perubahan seperti di atas dapat terjadi secara internal dari dalam kelompok atau secara eksternal melalui kontak dengan agen-agen perubahan dari dunia luar. Kontak mungkin terjadi secara spontan atau dari ketidaksengajaan, atau hasil dari rencana bagian dari agen-agen luar dalam waktu yang bervariasi, bisa pendek, namun seringkali memakan waktu lama. Dalam difusi inovasi ini, satu ide mungkin memerlukan waktu bertahun-tahun untuk dapat tersebar. Rogers menyatakan bahwa pada realisasinya, satu tujuan dari penelitian difusi adalah untuk menemukan sarana guna memperpendek keterlambatan ini. Setelah terselenggara, suatu inovasi akan mempunyai konsekuensi-konsekuensi –mungkin mereka berfungsi atau tidak, langsung atau tidak langsung, nyata atau laten (Rogers dalam Littlejohn, 1996 : 336).

#### 12. Teori Kultivasi

Program penelitian teoritis lain yang berhubungan dengan

hasil sosiokultural Komunikasi massa dilakukan George Garbner dan teman-temannya. Peneliti ini percaya bahwa karena televisi adalah pengalaman bersama dari semua orang, dan mempunyai pengaruh memberikan jalan bersama dalam memandang dunia. Televisi adalah bagian yang menyatu dengan kehidupan sehari-hari kita. Dramanya, iklannya, beritanya, dan acara lain membawa dunia yang relatif koheren dari kesan umum dan mengirimkan pesan ke setiap rumah. Televisi mengolah dari awal kelahiran predisposisi yang sama dan pilihan yang biasa diperoleh dari sumber primer lainnya. Hambatan sejarah yang turun temurun yaitu melek huruf dan mobilitas teratasi dengan keberadaan televisi. Televisi telah menjadi sumber umum utama dari sosialisasi dan informasi sehari-hari (kebanyakan dalam bentuk hiburan) dari populasi heterogen yang lainnya. Pola berulang dari pesan-pesan dan kesan yang diproduksi massal dari televisi membentuk arus utama dari lingkungan simbolis umum. Garbner menamakan proses ini sebagai *cultivation* (kultivasi), karena televisi dipercaya dapat berperan sebagai agen penghomogen dalam kebudayaan. Teori kultivasi sangat menonjol dalam kajian mengenai dampak media televisi terhadap khalayak. Bagi Gerbner, dibandingkan media massa yang lain, televisi telah mendapatkan tempat yang sedemikian signifikan dalam kehidupan sehari-hari sehingga mendominasi “lingkungan simbolik” kita, dengan cara menggantikan pesannya tentang realitas bagi pengalaman pribadi dan sarana mengetahui dunia lainnya (McQuail, 1996: 254).



## 2 HAK DAN KEWAJIBAN DOKTER-PASIE

**T**erkadang seorang pasien hanya bisa menerima apapun yang disampaikan oleh dokter tentang apakah penyakit yang di derita serta tindakan atau pengobatan yang diambil untuk penyembuhan penyakit tersebut. Namun apakah lantas dokter dan tenaga medis dapat bertindak semena-mena terhadap tubuh kita? Apakah itu diperbolehkan?

Tentu tidak. Karena dasarnya dokter dalam melakukan praktik kedokteran berada di bawah sumpah dokter dan kode etik kedokteran yang mengharuskan mereka memberikan pelayanan yang terbaik bagi pasiennya. Sebagai konsumen kesehatan masyarakat (pasien) memiliki perlindungan diri dari kemungkinan upaya pelayanan kesehatan yang tidak bertanggung jawab seperti penelantaran.

Pasien juga berhak atas keselamatan, keamanan dan kenyamanan terhadap pelayanan jasa kesehatan yang diterimanya. Dengan hak tersebut maka konsumen akan terlindungi dari praktik profesi yang mengancam keselamatan atau kesehatan. Hak pasien yang lainnya sebagai konsumen adalah hak untuk di dengar dan mendapatkan ganti rugi apabila pelayanan yang didapatkan tidak sebagaimana mestinya.

### **Hak Dokter dalam Bidang Kesehatan**

Hubungan antara pasien dan dokter tidak terlepas dari rasa tanggung jawab yang didasarkan kewajiban profesional, dengan demikian menimbulkan tanggung jawab hukum. Tanggung jawab hukum berarti apabila dokter melakukan kesalahan atau kelalaian dalam menjalankan profesinya, ia dapat menuntut haknya terlebih dahulu untuk diperiksa sesuai dengan standar profesinya.

Dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran mempunyai hak yang tercantum dalam UU No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran Pasal 50, yaitu:

1. Memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional.
2. Memberikan pelayanan medis menurut standar profesi dan standar prosedur operasional.
3. Memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari pasien atau keluarganya.
4. Menerima imbalan jasa.

### **Kewajiban Dokter dalam Bidang Kesehatan**

Hubungan dokter dan pasien yang baik akan tercapai apabila kedua bela pihak benar-benar menyadari hak dan kewajiban

masing-masing, serta memahami perundang-undangan yang berlaku. Setiap orang berhak mendapatkan kesempatan akan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan sehingga mendorong dokter untuk melakukan kewajibannya sesuai dengan yang tercantum dalam undang-undang yang berlaku.

Kewajiban dokter tercantum dalam UU No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran Pasal 51 yaitu “dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran mempunyai kewajiban antara lain:

1. Memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien,
2. Merujuk pasien ke dokter atau dokter gigi yang lain yang mempunyai keahlian atau kemampuan yang lebih baik, apabila tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau pengobatan,
3. Merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia,
4. Melakukan pertolongan darurat atas dasar perikemanusiaan, kecuali bila ia yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu melakukannya, dan
5. Menambah ilmu pengetahuan dan mengikuti perkembangan ilmu kedokteran atau kedokteran gigi.

### **Hak Pasien dalam Bidang Kesehatan**

Pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatan untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan, baik secara langsung maupun tidak langsung di rumah sakit. Setiap pasien memiliki hak yang merupakan wewenang pasien untuk memenuhi tuntutananya sesuai dengan prinsip-prinsip moral atau etika, dokter atau rumah sakit harus

menghormati hak pasien dan tidak boleh memperlakukan pasien semena-mena.

Hak pasien tercantum dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 69 Tahun 2014 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien, di mana pasien mempunyai hak antar lain:

1. Memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi.
2. Memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional.
3. Memperoleh pelayanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi.
4. Memilih dokter dan dokter gigi serta kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di rumah sakit.
5. Meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter dan dokter gigi lain yang mempunyai Surat Izin Praktik (SIP) baik di dalam maupun di luar Rumah Sakit.
6. Memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya.
7. Mendapat akses terhadap isi rekam medis.
8. Mendapatkan perlindungan atas rahasia kedokteran termasuk kerahasiaan rekam medik.
9. Memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di rumah sakit.
10. Menyampaikan keluhan atau pengaduan atas pelayanan yang diterima.

## **Kewajiban pasien dalam bidang kesehatan**

Dalam menerima pelayanan dari rumah sakit pasien mempunyai kewajiban, yaitu :

1. Mematuhi peraturan yang berlaku di rumah sakit.
2. Menggunakan fasilitas rumah sakit secara bertanggung jawab.
3. Menghormati hak-hak pasien lain, pengunjung dan hak tenaga kesehatan serta petugas lainnya yang bekerja di rumah sakit.
4. Memberikan informasi yang jujur, lengkap dan akurat sesuai kemampuan dan pengetahuannya tentang masalah kesehatannya.
5. Memberikan informasi mengenai kemampuan finansial dan jaminan kesehatan yang dimilikinya.
6. Mematuhi rencana terapi yang direkomendasikan oleh tenaga kesehatan di rumah sakit dan disetujui oleh ketentuan peraturan perundang-undangan.
7. Menerima segala konsekuensi atas keputusan pribadinya untuk menolak rencana terapi yang direkomendasikan oleh tenaga kesehatan dan/ atau tidak mematuhi petunjuk yang diberikan oleh tenaga kesehatan dalam rangka penyembuhan penyakit atau masalah kesehatannya dan.
8. Memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diterima.



# 3

## PERUBAHAN PARADIGMA PADA HUBUNGAN DOKTER PASIEN

Pada prinsipnya dalam hubungan antara dokter dan pasien ada dua hal penting yang harus diperhatikan yaitu bagaimana dokter menempatkan otonomi pasien sebagai individu khususnya dalam pengambilan keputusan medis dan bagaimana dokter membangun keharmonisan tersebut melalui komunikasi yang efektif. Hubungan dokter dan pasien merupakan suatu bentuk interaksi sosial yang tercipta dari ketertarikan peran antara manusia satu dengan yang lainnya yaitu manusia sebagai pasien dan manusia sebagai dokter yang memunculkan harapan-harapan dari proses sebuah interaksi sosial.

Hubungan antara dokter dan pasien selama ini sering dipahami sebagai hubungan paternalistik dan tidak seimbang.

Dokter diposisikan sangat dominan dan aktif mengambil keputusan, sedangkan pasien selalu dalam kondisi pasrah, diam, dan mengikuti apa kata dokter. Akibatnya, apabila terjadi suatu hal, posisi pasien selalu dalam kondisi yang lemah, sedangkan dokter berada dalam posisi yang benar. Perubahan paradigma yang terjadi ini harus diperhatikan oleh semua pihak agar tetap terjalin hubungan yang baik antara dokter dan pasien.

## **Definisi Paradigma**

Paradigma adalah sistem keyakinan fundamental yang mendasari cara memandang dunia. Suatu paradigma berhubungan dengan cara pandang seseorang yang dilandasi oleh keyakinan, asumsi dan sistem nilai yang dapat memengaruhi cara berpikir dan berpraktik yang ditetapkan dalam sebuah komunitas tertentu khususnya, dalam disiplin intelektual. Paradigma berkaitan dengan cara pandang terhadap sesuatu sesuai dengan keyakinan yang dianggapnya benar dan cara pandang tersebut dapat dipengaruhi oleh keadaan dan kondisi lingkungan yang dinamis.

Peleburan dari bahasa Yunani dengan sebutan awal *paradeigma* memiliki arti ‘bersebelahan’, membandingkan atau memperlihatkan. Secara singkat *paradigm* dapat diartikan sebagai konsep, praktik, nilai atau asumsi dalam melihat suatu realitas di sebuah kejadian dalam suatu komunitas kehidupan atau realitas.

Dalam dunia akademis istilah *paradigm* atau paradigma dipopulerkan oleh Thomas Samuel Kuhn (1922-1996), filsuf Amerika yang pemikirannya berpengaruh luar biasa bagi perkembangan ilmu pengetahuan kontemporer. Secara umum Kuhn mengartikan paradigma dengan beberapa contoh praktik ilmiah aktual yang diterima, seperti hukum, teori, aplikasi, dan

instrumen yang diterima bersama sehingga merupakan model yang dijadikan sebagai sumber dan tradisi yang mantap dalam riset-riset ilmiah khusus.

Paradigma dalam hubungan dokter pasien, merujuk pada bagaimana pandangan pasien terhadap dokter dan sebaliknya, cara dokter dan pasien menggambarkan kondisi hubungan seperti apa yang ada dari sudut pandang keduanya.

## **Hubungan Dokter dengan Pasien**

Hubungan dokter dengan pasien dijabarkan oleh beberapa ahli dapat dilihat pada penjabaran berikut:

1. Menurut Daldiyono
  - a. Bersifat religius, dilandasi dengan kesadaran bahwa pengobatan itu bagian dari kegiatan agama.
  - b. Bersifat paternalistik, memosisikan pasien sebagai orang yang butuh bantuan.
  - c. Bersifat sebagai penyewa jasa dan konsumen
  - d. Bersifat kemitraan
2. Menurut Sri Praptianingsih:
  - a. *Engineering*, dilandasi oleh pemahaman bahwa dokter adalah seseorang yang profesional dan menjalankan tugasnya secara profesional dan objektif. Dokter akan mengikuti apapun yang diinginkan oleh pasien, meskipun akan bertolak belakang dengan nilai dan norma.
  - b. Paternalistik, dokter dianggap sebagai orang yang memiliki tanggung jawab terhadap profesi dan moral. Dokter diposisikan sebagai orang yang mengetahui tindakan yang terbaik untuk pasien.
  - c. Kontrak sosial, terdapat kerja sama antara pasien dan dokter, kesepakatan atau kesepakatan antara dokter

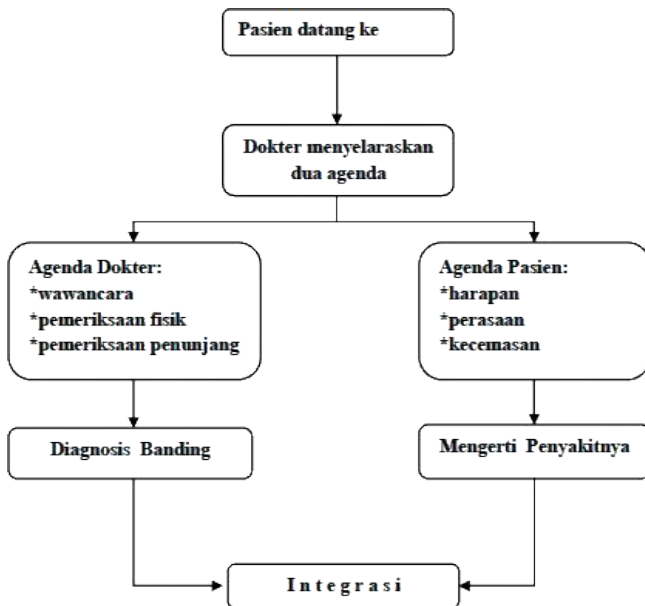
dan pasien, termasuk hak dan kewajibannya, dilakukan setelah keduanya ada kesepakatan (baik tertulis maupun tidak). Pola ini merupakan perpaduan antara pola *engineering* dan paternalistik.

- d. Banyak faktor yang memengaruhi hubungan dokter-pasien antara lain: sosiobudaya, latar belakang pendidikan baik dokter maupun pasien, pengalaman medis terdahulu, usia dokter dan sikapnya terhadap pasien. Untuk menciptakan hubungan dokter-pasien yang baik salah satunya adalah dengan menguasai teknik komunikasi yang baik dengan pasien. Teknik komunikasi dokter-pasien menjadi landasan antara lain dalam melakukan wawancara medis (anamnesis), melakukan negosiasi, memberi informasi dan edukasi, menyampaikan berita buruk, dan memberikan informasi penting tentang obat yang diberikan

### **Perubahan Paradigma pada Hubungan Dokter dengan Pasien**

Sesuai dengan dinamika kehidupan sosial di masyarakat, pola hubungan paternalistik antara dokter dan pasien telah bergeser pada pola hubungan yang bersifat *partnership* atau *patient-centered care*. Pada prinsipnya pola hubungan *partnership* merupakan model perawatan kesehatan yang berorientasi pada pemenuhan keinginan dan kebutuhan pasien. Pasien memiliki otonomi penuh atas dirinya. Pasien dalam konteks ini sangat menentukan keputusan-keputusan medis yang diterimanya. Pada prinsipnya pasien bebas menerima atau menolak tindakan medis yang ditawarkan oleh dokternya. Dalam hal ini dokter mempunyai kewajiban untuk memberi informasi pada pasiennya selengkap-

lengkapnya mengenai diagnosis, terapi, proses penyakit, pilihan terapi dan risiko-risikonya serta prognosis penyakit. Melalui pola *partnership* antara dokter dan pasien dalam pelayanan medis, akan melahirkan sinergi hubungan dokter pasien. Sinergi antara dokter dan pasien dalam tindakan medis seperti digambarkan melalui bagan di bawah ini.



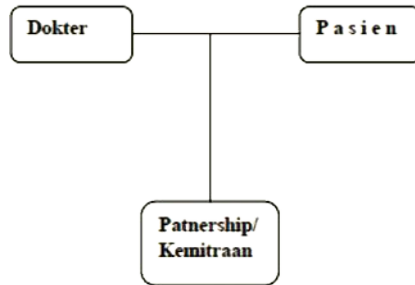
**Bagan 1.** Sinergi Dokter dan Pasien dalam Pelayanan Medis

Pada bagan tersebut, agenda utama dokter adalah memahami penyakit. Dari segi kepentingan dokter, tugas utama dokter adalah menemukan diagnosis penyakit dan memberikan pengobatan yang tepat sesuai diagnosis tersebut. Dalam prosesnya dokter akan melakukan anamnesis serta pemeriksaan fisik dan penunjang. Agenda dokter tidak cukup berhenti pada tahap memahami penyakit pasien, akan tetapi agenda selanjutnya

adalah memahami diri pasien. Dalam kesempatan ini dokter perlu berupaya keras agar keyakinan pasiennya tumbuh.

Selanjutnya, pasien adalah seseorang yang mengalami penderitaan fisik, mental dan spiritual. Oleh karena itu yang menjadi kebutuhan pasien adalah hilangnya rasa cemas, adanya harapan akan kesembuhan dan diagnosis serta pengobatan dari dokter yang merawatnya. Dengan demikian, kebutuhan pasien bukan hanya sekadar memperoleh pengobatan, melainkan juga memperoleh kesembuhan. Dalam kaitan ini, seorang dokter tidaklah cukup berperan sebagai *curer of the disease* akan tetapi diharapkan juga menjadi *healer of the sick*. Pada umumnya saat ini, praktik kedokteran masih berorientasi pada *prose cure* atau mengobati dan berhenti pada penyembuhan fisik semata. Padahal sebenarnya dokter berperan sebagai penyembuh (*healer*) yang melihat individu sebagai manusia yang utuh atau holistik.

Apa yang digambarkan dalam bagan 2 tersebut, merupakan pola hubungan dokter dan pasien yang bersifat *mutual participation relationship*. Dalam hubungan ini dokter dan pasien saling menggantungkan berdasarkan proses identifikasi pengenalan yang sangat kompleks, sehingga sangat diperlukan keterbukaan antara kedua belah pihak. Kedua belah pihak mempunyai kekuasaan yang hampir sama, karena saling membutuhkan. Dalam kaitan ini, keputusan yang diambil mengenai perawatan atau pengobatan harus bersifat *reciprocal* (memberi dan menerima) dan *collegial* (artinya menyangkut suatu pendekatan kelompok atau tim yang setiap anggotanya mempunyai masukan yang sama). Apa bila digambarkan hubungan kemitraan antara dokter dan pasien dalam pelayanan medis, maka akan diperoleh sebagaimana pada bagan di bawah ini.



**Bagan 2.** Hubungan Dokter dan Pasien Model Kemitraan

Berbeda dengan bagan 1 di atas, pasien masih pada tingkat otonomi paling rendah karena masih bersifat paternalistik, dokter mengambil keputusan medis tanpa melibatkan pasien. Kondisi ideal tercapai bila neraca pada keadaan seimbang seperti dalam bagan 2 di atas, yakni dokter dan pasien mengambil keputusan bersama setelah pasien mendapatkan informasi yang memadai. Model *partnership* menempatkan dokter sebagai ahli yang kompeten, yang berkewajiban memberi penjelasan secara tuntas atas pilihan-pilihan yang akan dilakukan. Pasien memiliki otonomi yang besar. Dengan kata lain, pasien yang menentukan keputusan atas dirinya setelah mendapat informasi yang cukup dari dokternya. Secara konkret dokter adalah partner pasien dalam hal mencari kesembuhan penyakitnya dan kedudukan keduanya sama secara hukum. Pasien dan dokter sama-sama mempunyai hak dan kewajiban tertentu.

Dari berbagai pola hubungan dokter dan pasien di atas, model hubungan mana yang masih kuat berlaku dalam praktik pelayanan medis, terutama di rumah sakit, masih sangat tergantung pada situasi dan kondisi serta budaya masyarakat masing-masing. Pilihan model paternalistik cocok diterapkan pada kondisi kedaruratan medis dan saat berhubungan dengan pasien yang mempunyai pengetahuan yang kurang atau ketika

budaya setempat masih menempatkan dokter sebagai guardian. Model paternalistik sudah tidak cocok lagi diterapkan pada kelompok pasien yang berpendidikan dan sudah sadar hukum.

Dalam praktik pelayanan medis, terutama di rumah sakit nampak bahwa hubungan dokter dan pasien masih tidak seimbang, karena dokter di rumah sakit secara ilmu medis mempunyai kedudukan yang lebih unggul dan mempunyai pengetahuan di bidang kedokteran. Sementara itu, pasien berada dalam keadaan sakit, bingung, khawatir, cemas dan pada umumnya tidak mengetahui atau menguasai tentang ilmu kedokteran. Oleh karena itu, dalam konteks ini harus diusahakan adanya keseimbangan. Dokter harus memberi penjelasan (informasi) tentang tindakan medis yang akan dilakukan dan apa sebabnya. Menurut Jay Katz, dalam teorinya *Idea of Informed Consent*, mengemukakan bahwa keputusan tentang pemberian pengobatan atau perawatan kepada seorang pasien harus terjadi secara kolaboratif dan berdiskusi antara dokter dan pasiennya. Teori Katz tersebut pada prinsipnya sekaligus mengkritik terhadap pendapat Hippocrates yang pernah menganjurkan bahwa:

“Untuk mengalihkan perhatian pasien terhadap apa yang sedang dilakukan terhadapnya... Dan jangan mengungkapkan apa-apa tentang keadaan pasien baik sekarang atau kemudian hari.”

Pendapat Hippocrates tersebut untuk saat ini sudah tidak dapat dipertahankan lagi dalam pelayanan kesehatan yang bersifat kontraktual. Apa yang dikemukakan Katz, mengisyaratkan dokter harus bersedia untuk memulai mengadakan diskusi dengan pasien tentang pilihan-pilihan tindakan yang akan dilakukan. Selain itu, dokter harus memberikan informasi yang berkaitan dengan tindakannya.

Selain itu, dalam praktik pelayanan medis di rumah sakit, pada umumnya hak otonomi pasien masih belum dijalankan secara konsekuen. Hal demikian terjadi karena di dalam diri pasien itu sendiri masih terkandung berbagai tekanan (*pressure*). Misalnya ada tekanan atau pengaruh kuat dari seorang dokter terhadap pasien yang tidak tahu apa-apa akan penyakitnya, sehingga di sini dokter dapat memengaruhi jalan pikiran pasien dan keluarganya. Dalam konteks ini sering terdapat “penyalahgunaan keadaan” dari dokter maupun rumah sakit. Selanjutnya tekanan lain yang terdapat pada diri pasien adalah bahwa pasien dalam keadaan sakit, yang tidak dapat menentukan secara bebas terhadap pilihannya.

Padahal kecenderungan secara global menunjukkan bahwa hubungan dokter dengan pasien haruslah berupa mitra, keduanya bekerja bersama untuk mencari jalan terbaik bagi kesembuhan pasien. Bila dari permulaan hubungan dokter dan pasien sudah lebih baik dan saling terbuka, maka kemungkinan masalah yang akan timbul dapat diatasi bersama, karena dokter yang sudah mengetahui semua riwayat penyakit pasien serta keluhannya akan dapat membuat diagnosis yang lebih tepat. Di lain pihak pasien yang juga sudah mendapat keterangan lengkap tentang penyakitnya, cara pengobatan dan perawatannya, kemungkinan efek samping yang mungkin timbul, serta kemungkinan lain akibat tindakan medis tertentu, mestinya sudah lebih siap menghadapi segala kemungkinan (yang terburuk sekalipun) dan tidak akan begitu saja menyalahkan dokter, tanpa memahami seluruh rangkaian proses yang harus dilalui dalam suatu pengobatan ataupun perawatan medis.



# 4

## KOMUNIKASI DOKTER DENGAN PASIEN

**K**omunikasi kesehatan antara dokter dan pasien adalah proses komunikasi yang melibatkan pesan kesehatan, unsur-unsur atau peserta komunikasi. Komunikasi yang dibangun dengan baik antara dokter dan pasien merupakan salah satu kunci keberhasilan dokter dalam memberikan upaya pelayanan medis. Sebaliknya, ketidakberhasilan dokter terhadap masalah medis jika dikomunikasikan dengan baik tidak akan menimbulkan perselisihan.

Komunikasi dokter-pasien adalah suatu hal yang sangat penting dalam proses terapeutik di rumah sakit. Kualitas komunikasi yang terjadi diantara kedua belah pihak akan menghasilkan kepuasan di dalam diri pasien karena pasien akan

merasa puas dan kembali lagi ke dokter yang sama jika komunikasi mereka baik dan efektif.

Komunikasi dokter dan pasien sebagai bentuk perilaku yang terjadi dalam berkomunikasi yaitu bagaimana pelaku (dokter dan pasien) mengelola dan mentransformasikan dan pertukaran suatu pesan. Dalam proses pertukaran pesan komunikasi antara dokter dan pasien merupakan salah satu faktor penentu keberhasilan proses komunikasi itu sendiri.

Kemampuan seorang dokter untuk memiliki keterampilan berkomunikasi dengan baik terhadap pasiennya untuk mencapai sejumlah tujuan yang berbeda. Komunikasi dokter-pasien adalah suatu hal yang sangat penting dalam proses terapeutik di rumah sakit. Kualitas komunikasi yang terjadi diantara kedua belah pihak akan menghasilkan kepuasan di dalam diri pasien karena pasien akan merasa puas dan kembali lagi ke dokter yang sama jika komunikasi mereka baik dan efektif. Oleh karena itu, seorang calon dokter perlu memahami tentang komunikasi dokter-pasien yang baik.

Hubungan antara dokter dengan pasien, telah terjadi sejak dahulu. Dokter dianggap sebagai seseorang yang memberikan pengobatan terhadap orang yang membutuhkannya. Kedudukan dokter lebih tinggi daripada kedudukan pasien dan dokter memiliki peranan penting di dalam perkembangannya. Pola hubungan antara dokter dan pasien yang demikian tersebut, lambat laun telah mengalami pergeseran ke arah yang lebih demokratis yaitu hubungan horizontal kontraktual atau partisipasi bersama.

Kedudukan dokter tidak lagi dianggap lebih tinggi daripada pasien, melainkan kedudukan dokter dan pasien dalam hubungannya tersebut sudah seimbang atau sederajat. Pasien tidak lagi dianggap sebagai objek hukum tetapi pasien sudah

sebagai subjek hukum. Segala sesuatunya dikomunikasikan diantara kedua belah pihak, sehingga menghasilkan keputusan yang saling menguntungkan diantara kedua belah pihak, baik dokter sebagai pemberi pelayanan kesehatan maupun si pasien sendiri selaku penerima pelayanan kesehatan.

## **Pola Hubungan Dokter-Pasien**

Hubungan dokter dengan pasien (HDP) merupakan hubungan antara profesional (dokter) dengan klien (pasien). Hubungan tersebut melandasi semua aspek praktik kedokteran baik dalam usaha menetapkan diagnosis maupun pengelolaan pasien. Bila pasien telah menetapkan untuk memilih seorang dokter guna menangani masalah kedokterannya, berarti pasien menyerahkan sepenuhnya pengelolaan penyakitnya dan yakin bahwa dokter tersebut tidak akan bertindak tanpa persetujuannya. Kepercayaan yang diberikan pasien merupakan amanah, sehingga dalam pengelolaan pasien, dokter melaksanakan sesuai ilmu dan kemampuannya yang terbaik, serta sesuai dengan kode etik kedokteran, moral, dan hukum yang berlaku.

Banyak faktor yang memengaruhi HDP antara lain: sosiobudaya, latar belakang pendidikan baik dokter maupun pasien, pengalaman medis terdahulu, usia dokter dan sikapnya terhadap pasien. Untuk menciptakan hubungan dokter-pasien yang baik salah satunya adalah dengan menguasai teknik komunikasi yang baik dengan pasien.

Hubungan antara dokter dan pasien dalam ilmu kedokteran umumnya berlangsung sebagai hubungan biomedis aktif-pasif. Dalam hubungan tersebut rupanya hanya terlihat superioritas dokter terhadap pasien dalam bidang ilmu biomedis; hanya ada kegiatan pihak dokter sedangkan pasien tetap pasif. Hubungan

ini berat sebelah dan tidak sempurna, karena merupakan suatu pelaksanaan wewenang oleh yang satu terhadap lainnya. Berdasarkan keadaan sosial budaya dan penyakit pasien dapat dibedakan dalam tiga pola hubungan, yaitu:

1. Aktivitas pasif (*Activity-passivity*).

Pola hubungan orangtua-anak seperti ini merupakan pola klasik sejak profesi kedokteran mulai mengenal kode etik, abad ke-5 SM. Di sini dokter seolah-olah dapat sepenuhnya melaksanakan ilmunya tanpa campur tangan pasien. Biasanya hubungan ini berlaku pada pasien yang keselamatan jiwanya terancam, atau sedang tidak sadar, atau menderita gangguan mental berat.

2. Membimbing kerja sama (*Guidance-Cooperation*).

Hubungan membimbing-kerja sama, seperti halnya orangtua dengan remaja. Pola ini ditemukan bila keadaan pasien tidak terlalu berat misalnya penyakit infeksi baru atau penyakit akut lainnya. Meskipun sakit, pasien tetap sadar dan memiliki perasaan serta kemauan sendiri. Ia berusaha mencari pertolongan pengobatan dan bersedia bekerja sama. Walau pun dokter mengetahui lebih banyak, ia tidak semata-mata karena menjalankan kekuasaan, namun mengharapkan kerja sama pasien yang diwujudkan dengan menuruti nasihat atau anjuran dokter.

3. Saling berpartisipasi (*Mutual participation*).

Filosofi pola ini berdasarkan pemikiran bahwa setiap manusia memiliki martabat dan hak yang sama. Pola ini terjadi pada mereka yang ingin memelihara kesehatannya seperti *medical check up* atau pada pasien penyakit kronis. Pasien secara sadar dan aktif berperan dalam pengobatan terhadap dirinya. Hal ini tidak dapat diterapkan pada pasien dengan latar belakang

pendidikan dan sosial yang rendah, juga pada anak atau pasien dengan gangguan mental tertentu.

## **Menciptakan Komunikasi Dokter dan Pasien yang Efektif**

Komunikasi dokter-pasien merupakan salah satu kompetensi yang harus dikuasai dokter. Kompetensi komunikasi menentukan keberhasilan dalam membantu penyelesaian masalah kesehatan pasien. Komunikasi yang efektif diharapkan dapat mengatasi kendala yang dialami oleh kedua belah pihak. Komunikasi efektif justru tidak memerlukan waktu lama. Komunikasi efektif terbukti memerlukan lebih sedikit waktu karena dokter terampil mengenali kebutuhan pasien. Dalam pemberian pelayanan medis, adanya komunikasi yang efektif antara dokter dan pasien merupakan kondisi yang diharapkan. Sehingga dokter dapat melakukan manajemen pengelolaan masalah kesehatan bersama pasien, berdasarkan kebutuhan pasien. Pada dunia kedokteran ada dua pendekatan komunikasi yang digunakan:

1. *Disease centered communication style* atau *doctor centered communication style*. Komunikasi berdasarkan kepentingan dokter dalam usaha menegakkan diagnosis, termasuk penyelidikan dan penalaran klinik mengenai tanda dan gejala-gejala.
2. *Illness centered communication style* atau *patient centered communication style*. Komunikasi berdasarkan apa yang dirasakan pasien tentang penyakitnya yang secara individu merupakan pengalaman unik. Keberhasilan komunikasi antara dokter dan pasien pada umumnya akan melahirkan kenyamanan dan kepuasan bagi kedua belah pihak.

Komunikasi interpersonal diukur dengan menggunakan skala komunikasi interpersonal yang disusun berdasarkan efektivitas komunikasi interpersonal yang meliputi:

1. Keterbukaan (*openness*) Kedekatan antar pribadi mengakibatkan seseorang bias dan mampu menyatakan pendapatnya dengan bebas dan terbuka. Kebebasan dan keterbukaan akan memengaruhi berbagai variasi pesan baik verbal maupun non-verbal
2. Perilaku positif (*positiveness*) Komunikasi interpersonal akan berhasil jika terdapat perhatian yang positif terhadap diri seseorang, komunikasi interpersonal akan terpelihara baik jika suatu perasaan positif terhadap orang lain itu dikomunikasikan, suatu perasaan positif dalam situasi umum amat bermanfaat untuk mengefektifkan kerja sama.
3. Empati (*empathy*) Kemampuan memproyeksikan diri kepada peranan orang lain maupun mencoba merasakan dalam cara yang sama dengan perasaan orang lain.
4. Sikap positif (*positiveness*) Sikap positif mengacu pada sedikitnya dua aspek dari komunikasi interpersonal. Pertama, komunikasi interpersonal terbina jika seseorang memiliki sikap positif terhadap diri mereka sendiri. Kedua, perasaan positif untuk situasi komunikasi pada umumnya sangat penting untuk interaksi yang efektif
5. Kesetaraan (*Equality*) Dalam setiap situasi, barangkali terjadi ketidaksetaraan. Salah seorang mungkin lebih pandai. Lebih kaya, lebih tampan atau cantik, atau lebih atletis daripada yang lain. Tidak pernah ada dua orang yang benar-benar setara dalam segala hal.

Langkah-langkah dalam mewujudkan komunikasi efektif dokter-pasien berdasarkan hasil Konsil Kedokteran Indonesia

yang perlu diperhatikan dalam meningkatkan komunikasi efektif antara dokter dan pasien adalah :

1. Sikap profesional dokter, sikap yang menunjukkan kemampuan dokter dalam menyelesaikan tugas-tugas sesuai peran dan fungsinya, mampu mengatur diri sendiri seperti ketepatan waktu, dan mampu menghadapi berbagai tipe pasien, serta mampu bekerja sama dengan profesi kesehatan yang lain. Di dalam proses komunikasi dokter-pasien, sikap profesional penting untuk membangun rasa nyaman, aman, dan percaya pada dokter, yang merupakan landasan bagi berlangsungnya komunikasi secara efektif.
2. Pengumpulan informasi, yang di dalamnya terdapat proses anamnesis yang akurat, dan sesi penyampaian informasi.
3. Penyampaian informasi yang akurat.
4. Proses langkah-langkah komunikasi, yang terdiri dari salam, ajak bicara, menjelaskan, dan mengingatkan pasien. Dengan mengembangkan komunikasi efektif tersebut, dokter dapat mengetahui sepenuhnya kondisi pasien dan keluarga pasien juga menaruh kepercayaan sepenuhnya kepada dokter. Kondisi tersebut dapat berpengaruh pada proses penyembuhan pasien selanjutnya. Pasien merasa aman dan tenang mendapatkan penanganan yang intensif oleh dokter, sehingga pasien akan patuh menjalankan petunjuk dan nasehat dokter karena yakin bahwa semua yang dilakukan untuk kebaikan pasien

## **Tujuan dan Manfaat Komunikasi Dokter dan Pasien**

Komunikasi efektif diharapkan dapat mengatasi kendala yang ditimbulkan oleh kedua pihak, pasien dan dokter. Opini yang menyatakan bahwa mengembangkan komunikasi dengan pasien hanya akan menyita waktu dokter, tampaknya harus diluruskan. Sebenarnya bila dokter dapat membangun hubungan komunikasi

yang efektif dengan pasiennya, banyak hal-hal negatif dapat dihindari. Dokter dapat mengetahui dengan baik kondisi pasien dan keluarganya dan pasien pun percaya sepenuhnya kepada dokter. Kondisi ini amat berpengaruh pada proses penyembuhan pasien selanjutnya. Pasien merasa tenang dan aman ditangani oleh dokter sehingga akan patuh menjalankan petunjuk dan nasihat dokter karena yakin bahwa semua yang dilakukan adalah untuk kepentingan dirinya. Pasien percaya bahwa dokter tersebut dapat membantu menyelesaikan masalah kesehatannya.

Komunikasi efektif justru tidak memerlukan waktu lama. Komunikasi efektif terbukti memerlukan lebih sedikit waktu karena dokter terampil mengenali kebutuhan pasien (tidak hanya ingin sembuh). Dalam pemberian pelayanan medis, adanya komunikasi yang efektif antara dokter dan pasien merupakan kondisi yang diharapkan sehingga dokter dapat melakukan manajemen pengelolaan masalah kesehatan bersama pasien, berdasarkan kebutuhan pasien. Tujuan dari komunikasi efektif antara dokter dan pasiennya adalah untuk mengarahkan proses penggalian riwayat penyakit lebih akurat untuk dokter, lebih memberikan dukungan pada pasien, dengan demikian lebih efektif dan efisien bagi keduanya.

Keberhasilan komunikasi antara dokter dan pasien pada umumnya akan melahirkan kenyamanan dan kepuasan bagi kedua belah pihak, khususnya menciptakan satu kata tambahan bagi pasien yaitu empati. Empati itu sendiri dapat dikembangkan apabila dokter memiliki ketrampilan mendengar dan berbicara yang keduanya dapat dipelajari dan dilatih.

Tujuan komunikasi yang relevan dengan profesi dokter adalah:

1. Memfasilitasi terciptanya pencapaian tujuan kedua pihak (dokter dan pasien).

2. Membantu pengembangan rencana perawatan pasien bersama pasien, untuk kepentingan pasien dan atas dasar kemampuan pasien, termasuk kemampuan finansial.
3. Membantu memberikan pilihan dalam upaya penyelesaian masalah kesehatan pasien.
4. Membimbing pasien sampai pada pengertian yang sebenarnya tentang penyakit atau masalah yang dihadapinya.
5. Membantu mengendalikan kinerja dokter dengan acuan langkah-langkah atau hal-hal yang telah disetujui pasien.

Tujuan dari komunikasi efektif antara dokter dan pasiennya adalah untuk mengarahkan proses penggalan riwayat penyakit lebih akurat untuk dokter, lebih memberikan dukungan pada pasien, dengan demikian lebih efektif dan efisien bagi keduanya.

Manfaat komunikasi efektif dokter-pasien adalah:

1. Meningkatkan kepuasan pasien dalam menerima pelayanan medis dari dokter atau institusi pelayanan medis.
2. Meningkatkan kepercayaan pasien kepada dokter yang merupakan dasar hubungan dokter-pasien yang baik.
3. Meningkatkan keberhasilan diagnosis terapi dan tindakan medis
4. Meningkatkan kepercayaan diri dan ketegaran pada pasien fase terminal dalam menghadapi penyakitnya.



# 5

## SENGKETA MEDIS DALAM BIDANG KEDOKTERAN GIGI

**K**esehatan adalah suatu unsur penting dalam hidup manusia. Pemenuhan akan kesehatan adalah salah satu kebutuhan yang harus dipenuhi oleh manusia. Selain kebutuhan primer, sekunder, dan tersier, pemenuhan akan kesehatan adalah kunci bagi manusia untuk menjalankan semua kegiatannya dan pada akhirnya dapat memenuhi tiga unsur kebutuhan manusia tersebut. Manusia adalah makhluk yang rentan terhadap segala macam penyakit, oleh sebab itu pemeliharaan kesehatan juga harus didukung oleh sarana dan prasarana pelayanan kesehatan yang baik. Pemberian pelayanan kesehatan oleh dokter dan/atau rumah sakit kepada pasien tidak sebatas penerapan teknologi kedokteran saja namun juga

harus dibarengi penerapan nilai-nilai sosial, budaya, etik, hukum maupun agama.

Hukum kesehatan adalah semua ketentuan hukum yang berhubungan langsung dengan pemeliharaan/pelayanan kesehatan. Hal tersebut menyangkut hak dan kewajiban menerima pelayanan kesehatan, baik perorangan dan lapisan masyarakat maupun dari penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam segala aspeknya, organisasinya, sarana, standar pelayanan medik dan lain-lain.

Kesehatan merupakan kebutuhan pokok manusia, karena kesehatan merupakan modal utama manusia dalam menjalankan aktivitas sehari-hari. Dalam kesehatan terdapat istilah kesehatan masyarakat dan kesehatan individu. Dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan tersebut diperlukan instrumen hukum kesehatan yang mampu mengatur sumber daya manusia di bidang kesehatan serta masyarakat. Dewasa ini sangat diperlukan informasi yang akurat mengenai sengketa medik tentang bagaimana suatu peraturan perundang-undangan dan etika profesi mengatur tentang hal tersebut, bagaimana penyelesaiannya dan cara apakah yang terbaik bagi kedua belah pihak untuk menyelesaikannya.

Tindakan medik yang dilakukan oleh dokter pada dasarnya selalu mengakibatkan dua kemungkinan, yaitu berhasil dan tidak berhasil. Dalam bahasa hukum, ketidakberhasilan seorang dokter dalam melakukan tindakan medik disebabkan oleh dua hal, pertama yang disebabkan oleh *overmacht* (keadaan memaksa), dan yang kedua yang disebabkan karena dokter melakukan tindakan medik yang tidak sesuai dengan standar profesi medik. Sengketa medik merupakan perselisihan yang timbul akibat hubungan hukum antara dokter dengan pasien dalam upaya melakukan penyembuhan. Hubungan antara dokter dan pasien

dalam ilmu kedokteran umumnya berlangsung sebagai hubungan biomedis aktif-pasif. Dalam hubungan tersebut, superioritas dokter terhadap pasien dalam bidang ilmu biomedis jelas terlihat, yaitu hanya ada kegiatan aktif dari pihak dokter sedangkan pasien bersifat pasif. Sikap pasif dari pasien tentunya didasari rasa kepercayaan terhadap kemampuan dokter untuk melakukan penyembuhan atau pengobatan.

Untuk mengatur mengenai praktik kedokteran di Indonesia, pemerintah diterbitkan Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (selanjutnya disebut UU Praktik Kedokteran). UU Praktik Kedokteran ini tidak menjelaskan secara eksplisit mengenai Sengketa Medik, tetapi dapat ditemukan pengaturannya pada Pasal 66 ayat (1) yang menentukan bahwa :

“Setiap orang yang mengetahui kepentingannya dirugikan atas tindakan dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran dapat mengadukan secara tertulis kepada Ketua Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia”.

Dengan demikian, dapat dijelaskan bahwa Sengketa Medik itu sendiri berawal dari rasa ketidakpuasan Pasien terhadap tindakan Dokter (dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis) dalam menjalankan praktik kedokterannya serta meluas kepada tingkat rumah sakit di mana rumah sakit mempunyai kewajiban dalam menyediakan sarana dan prasarana dalam rangka pelayanan kesehatan serta mengatur segala hal yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.

Hal ini berkaitan pula dengan kewajiban Rumah Sakit sebagaimana diatur dalam Pasal 29 Undang-undang Nomor

44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (selanjutnya disingkat UU Rumah Sakit) yang menentukan bahwa:

1. Setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban:
  - a. Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat;
  - b. Memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit;
  - c. Memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
  - d. Berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana, sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
  - e. Menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;
  - f. Melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu/miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulans gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan;
  - g. Membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani pasien;
  - h. Menyelenggarakan rekam medis;
  - i. Menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, lanjut usia;
  - j. Melaksanakan sistem rujukan;
  - k. Menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan;

- l. Memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien;
  - m. Menghormati dan melindungi hak-hak pasien;
  - n. Melaksanakan etika Rumah Sakit;
  - o. Memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
  - p. Melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan baik secara regional maupun nasional;
  - q. Membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya;
  - r. Menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit (*hospital by laws*);
  - s. Melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas; dan
  - t. Memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok.
2. Pelanggaran atas kewajiban sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikenakan sanksi administratif berupa:
    - a. Teguran;
    - b. Teguran tertulis; atau
    - c. Denda dan pencabutan izin Rumah Sakit.
  3. Ketentuan lebih lanjut mengenai kewajiban Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Menteri.

Hubungan hukum yang terjadi karena undang-undang antara dokter dengan pasien didasari adanya kewajiban yang dibebankan pada profesi dokter. Dokter berkewajiban untuk melakukan pertolongan darurat atas dasar perikemanusiaan, kecuali bila ia yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu melakukannya. Pengaturan ini mengacu pada Pasal 13 Kode Etik Kedokteran Indonesia yang menentukan bahwa:

“Setiap dokter wajib melakukan pertolongan darurat sebagai suatu tugas perikemanusiaan, kecuali bila ia yakin ada orang lain bersedia dan mampu memberikannya”.

Keadaan darurat yang dimaksud di sini mengenyampingkan prinsip *informed consent*.

## **Sengketa Medik**

Praktik kedokteran merupakan profesi pekerjaan yang hanya dapat dilakukan oleh orang yang memiliki kompeten sebagai seorang profesional kedokteran dan memenuhi standar tertentu. Dokter sebagai profesi yang memiliki kemampuan untuk mengupayakan penyembuhan terhadap penyakit pasiennya, kadangkala bisa timbul risiko medis. Adanya risiko medis karena beberapa faktor yang dapat memengaruhinya, antara lain kelalaian pada sebagian dokter, kondisi penyakit pasien cukup berat sehingga kecil kemungkinan untuk sembuh, atau karena pihak pasien tidak mengikuti anjuran dari dokter. Di sisi lain, pihak pasien atau keluarga pasien hanya memandang dari sisi hasil saja atas apa yang telah dilakukan oleh dokter. Padahal dokter hanya bisa berusaha semaksimal mungkin dalam melakukan tindakan medis untuk menolong atau menyembuhkan pasien sesuai dengan standar profesi medis dan dokter tidak bisa menjamin akan hasil dari upaya tersebut. Hal ini akhirnya menimbulkan sengketa medis dokter dengan pasien.

Sengketa medik pada umumnya adalah sengketa yang terjadi antara pasien atau keluarga pasien dengan tenaga kesehatan atau antara pasien dengan rumah sakit atau fasilitas kesehatan. Biasanya yang dipersengketakan adalah hasil atau hasil akhir pelayanan kesehatan dengan tidak memperhatikan atau mengabaikan prosesnya. Padahal dalam hukum kesehatan

diakui bahwa tenaga kesehatan atau pelaksana pelayanan kesehatan saat memberikan pelayanan hanya bertanggung jawab atas proses atau upaya yang dilakukan dan tidak menjamin atau menggaransi hasil akhir.

Sengketa merupakan kelanjutan dari konflik. Sebuah konflik akan berubah menjadi sengketa bila konflik tersebut tidak dapat diselesaikan. Konflik dapat diartikan sebagai pertentangan di antara para pihak untuk menyelesaikan masalah yang kalau tidak diselesaikan dengan baik dapat mengganggu hubungan di antara mereka. Sepanjang para pihak dapat menyelesaikan masalahnya dengan baik, maka sengketa tidak akan terjadi. Namun bila terjadi sebaliknya, yakni para pihak tidak mencapai kesepakatan mengenai solusi, maka yang timbul adalah sengketa.

Menurut Safitri Hariyani bahwa terdapat ciri-ciri dari suatu Sengketa Medis yang terjadi antara dokter dengan pasien, yaitu:

1. Sengketa terjadi dalam hubungan antara dokter dengan pasien.
2. Objek sengketa adalah upaya penyembuhan yang dilakukan oleh dokter.
3. Pihak yang merasa dirugikan dalam sengketa adalah pasien, baik kerugian berupa luka/cacat, maupun kematian.
4. Kerugian yang diderita pasien disebabkan oleh adanya kelalaian/kesalahan dari dokter, yang sering disebut “malapraktik medis”.

Secara implisit, Pasal 66 ayat (1) UU Praktik Kedokteran menjelaskan bahwa sengketa medik adalah yang terjadi karena kepentingan pasien dirugikan oleh tindakan dokter atau dokter gigi yang menjalankan praktik kedokteran. Sengketa medik dalam pelayanan kesehatan memberikan konsekuensi hukum yang menuntut pertanggungjawaban dokter sebagai tenaga kesehatan

dan atau rumah sakit/klinik sebagai fasilitas kesehatan. Model penyelesaian sengketa medik pada umumnya dapat dilakukan dengan 2 (dua) mekanisme, yaitu dengan cara musyawarah dan melalui jalur hukum (pengadilan). Jika musyawarah belum mendapatkan kesepakatan, penyelesaian sengketa dapat dibawa kepada lembaga profesi dokter, maupun pengadilan.

Sebagaimana telah dijelaskan sebelumnya bahwa sengketa medik sebagaimana diatur dalam Pasal 66 UU Praktik Kedokteran berkaitan pula dengan kewajiban Rumah Sakit sebagaimana ditentukan dalam Pasal 29 ayat (1) UU Rumah Sakit. Penyelesaian sengketa medik dapat didasarkan pada besar kecilnya sengketa. Bila sengketa tersebut hanya bersifat sepihak, artinya pasien merasa tidak puas dengan hasil tindakan dokter, lebih baik diselesaikan melalui musyawarah. Sedangkan sengketa yang bersifat besar, penyelesaian sengketanya tetap dilakukan dengan cara musyawarah. Namun jika tidak selesai, maka dapat dilanjutkan ke pengadilan. Penyelesaian sengketa hendaknya dilakukan dengan cara kekeluargaan, namun tidak menutup kemungkinan penyelesaian melalui jalur hukum. Penyelesaian melalui jalur hukum dapat dilakukan karena pasien menginginkan hal tersebut.

Pertanggungjawaban hukum seorang dokter timbul ketika terjadi kelalaian medik pada diri dokter. Kelalaian medik yang dimaksud adalah sebuah sikap atau tindakan yang dilakukan oleh dokter atau dokter gigi atau tenaga kesehatan lainnya yang merugikan pasien. Sikap atau tindakan itu dapat dimaknai sebagai seharusnya melakukan atau tidak melakukan sesuatu. Perbedaan sudut pandang ini dapat berlanjut menjadi sengketa antara pasien dan dokter dengan gugatan atau tuntutan hak kepada dokter yang telah melakukan kelalaian medik.

Pengertian kelalaian medik menurut beberapa ahli mencakup 2 (dua) hal, yakni karena melakukan sesuatu yang seharusnya tidak dilakukan dan karena tidak melakukan sesuatu yang seharusnya dilakukan. Kelalaian (*negligence*) itu sendiri menurut Keeton adalah suatu sikap tindak yang oleh masyarakat dianggap menimbulkan bahaya secara tidak wajar sehingga mengakibatkan orang lain harus menanggung risiko, dan sifat risiko tersebut sangat berat sehingga harus bertindak dengan sangat hati-hati.

Terhadap kelalaian yang dilakukan oleh dokter, Pasal 46 UU Rumah Sakit menjelaskan bahwa rumah sakit turut bertanggung jawab terhadap tindakan tenaga kesehatan termasuk juga dokter yang bekerja di rumah sakit tersebut, yang mengakibatkan kerugian pada pasien yang ditimbulkan akibat kelalaian. Hal ini dipertegas lagi untuk kelalaian yang dilakukan oleh dokter tidak ada ketentuan pemidanaan, mekanismenya berupa ganti kerugian.

Selain itu, terdapat juga Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 585 Tahun 1983 yang menjelaskan bahwa seorang dokter yang dianggap melakukan kelalaian karena tindakan medis akan diperiksa melalui Komite Etik Dokter RS. Seorang dokter yang dituduhkan telah melakukan malapraktik harus ada persetujuan dari Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI). Hal tersebut dokter yang bersangkutan harus di sidang dulu, apakah prosedur yang dilakukan oleh seorang dokter sudah sesuai dengan standar prosedur pelaksana dan standar profesi. Apabila memang terbukti, barulah hal ini bisa dibawa ke ranah hukum. Akan tetapi, upaya penegakan hukum perlu dipikirkan untuk lebih memberdayakan peranan organisasi profesi, karena organisasi profesi akan lebih mampu membina wibawa dan moralitas profesi seseorang.

Kelalaian tenaga kesehatan sebagaimana dijelaskan di atas diistilahkan dengan “*Medical Error*”. *Medical error* dalam dunia medis yang dilakukan oleh dokter dalam menangani pasien dapat menyebabkan konflik atau sengketa dengan pasien dan/ atau keluarga pasien. Kategori-kategori *medical error* yang dapat menyebabkan sengketa di antaranya:

1. Menyediakan dan Meresepkan Obat

Kesalahan medis dapat berupa tidak akuratnya dosis obat yang diresepkan serta kesalahan dalam memberikan anastesi atau analgesia. Kesalahan ini terjadi akibat kurangnya pengetahuan atau pemahaman tentang prinsip-prinsip farmakokinetik atau farmakodinamik. Penyedia layanan kesehatan gigi memiliki kewajiban untuk menyadari kesalahan yang terjadi dan prinsip-prinsip pemberian obat dan resep obat yang sesuai.

2. Kegagalan dalam mempertahankan Perawatan Pasien

Grafik catatan perawatan gigi pasien menyediakan ringkasan kesehatan dan riwayat kesehatan secara umum. Penting untuk diingat bahwa catatan perawatan gigi adalah sebuah dokumen hukum yang lengkap dan akurat. Catatan juga penting ketika ada dugaan malapraktik atau kesalahan profesional. Dewan Praktik Kedokteran Gigi, Divisi Bidang Hukum, telah menghasilkan dokumen referensi yang sangat baik (2007) yang secara luas mencakup topik dokumentasi gigi. Pertimbangan tentang pemeliharaan dibahas meliputi kepatuhan peraturan HIPAA untuk memastikan privasi dan keamanan pasien, terutama dalam konteks komunikasi elektronik. Pemeliharaan yang tepat berkaitan dengan pasien dalam bentuk apapun termasuk *record*, riwayat medis dan gigi, terkait untuk pengobatan, bahan diagnostik, resep obat, radiografi, dan catatan yang berkaitan dengan perencanaan pengobatan, keluhan pasien dan resolusi.

## Hukum yang Mengatur Sengketa Medik

Secara yuridis, kasus sengketa medis yang ditujukan pasien atau kuasa hukumnya kepada dokter diajukan ke pengadilan pidana maupun perdata sebagai dugaan malapraktik. Dalam tuntutan hukum dalam hal ini sengketa medis dapat diselesaikan melalui dua cara, yaitu cara litigasi (melalui proses peradilan) dan cara non litigasi (di luar proses peradilan). Jika penyelesaian sengketa dipilih proses di luar pengadilan (*alternative dispute resolution*), maka kedua pihak berupaya untuk mencari kesepakatan tentang bagaimana penyelesaian sengketa (mufakat) yang *win-win solution*. Dalam menghadapi kasus dugaan malapraktik kedokteran, sebaiknya diselesaikan melalui jalur nonlitigasi karena lebih praktis dan efisien.

Aspek hukum perdata yang menyangkut gugatan seorang pasien terhadap dokter yang menanganinya hampir semuanya adalah masalah tuntutan ganti kerugian. Pasal 1365 BW menyatakan bahwa tiap perbuatan melanggar hukum, yang membawa kerugian kepada seorang lain, mewajibkan orang yang karena salahnya menerbitkan kerugian itu, mengganti kerugian tersebut. Perbuatan melanggar hukum dalam perkembangannya diperluas menjadi empat kriteria, yaitu (1) Melanggar hak orang lain; (2) Bertentangan dengan kewajiban hukum si pelaku; (3) Melanggar kaidah tata susila; dan Bertentangan dengan kepatutan, ketelitian, dan sikap hati-hati yang seharusnya dimiliki seseorang dalam pergaulan dengan sesama warga masyarakat atau terhadap harta benda orang lain.

Pasal 29 dan Pasal 58 Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (selanjutnya disingkat UU Kesehatan) telah mengatur hal-hal yang berkaitan dengan masalah kelalaian tenaga kesehatan. Pasal 29 UU Kesehatan menentukan bahwa

“Dalam hal tenaga kesehatan diduga melakukan kelalaian dalam menjalankan profesinya, kelalaian tersebut harus diselesaikan terlebih dahulu melalui mediasi”.

Kemudian Pasal 58 UU Kesehatan mengatur tentang hak setiap orang untuk menuntut ganti rugi terhadap seseorang, tenaga kesehatan, dan atau penyelenggara kesehatan yang menimbulkan kerugian akibat kesengajaan atau kelalaian dalam pelayanan kesehatan yang diterimanya. Berdasarkan ketentuan Pasal 29 dan Pasal 58 UU Kesehatan tersebut terlihat bahwa penuntutan ganti kerugian ini, baik yang diakibatkan karena kesalahan ataupun karena kelalaian dalam pelayanan kesehatan, dan penuntutan itu ditujukan kepada seseorang, tenaga kesehatan, maupun kepada pihak Rumah Sakit maupun penyelenggara kesehatan lainnya.

Dokter dan pasien adalah 2 (dua) subjek hukum yang terkait dalam Hukum Kedokteran. Keduanya membentuk hubungan medik maupun hubungan hukum. Hubungan medik dan hubungan hukum antara dokter dan pasien adalah hubungan yang obyeknya pemeliharaan kesehatan pada umumnya dan pelayanan kesehatan pada khususnya.

## **Dimensi Hukum Sengketa Medik**

Kebijakan hukum dalam sengketa medis dapat dilihat dari beberapa tinjauan hukum, yakni berdasarkan Kitab Undang-undang Hukum Pidana (KUHP), Kitab Undang-Undang Hukum Perdata (KUHPerdata), Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, dan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan. Hal ini dapat diuraikan sebagai berikut.

## 1. Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP)

Perkara pidana menuntut kriteria (standar) pembuktian yang lebih berat sesuai karakter peradilan pidana itu sendiri yang bertujuan menemukan kebenaran hakiki (materiil). Putusan pidana hanya diambil apabila hakim berdasarkan alat-alat bukti yang sah merasa benar-benar yakin bahwa terdakwa telah bersalah melakukan perbuatan yang didakwakan kepadanya. Dalam khazanah ilmu hukum, tingkatan (derajat) keyakinan yang dimiliki oleh hakim harus sampai pada derajat sedemikian yakin tanpa keraguan sedikitpun. Sesuai dengan KUHP bahwa tindakan yang termasuk sebagai suatu perbuatan pidana, jika tindakan tersebut berkaitan dengan kelalaian yaitu perbuatan tersebut dilakukan secara sengaja. Setiap tindakan pada pelayanan medis yang dilakukan dokter, apabila berkaitan dengan kelalaian atau sengaja maka dapat dikatakan tindakan tersebut sebagai tindak pidana.

**Tabel 1.** Pasal Dalam KUHP yang Dijadikan Dasar Penuntutan Terhadap Dokter

No.	Pasal	Penjelasan
1.	Pasal 267	Pasal ini dikenakan kepada dokter apabila terbukti telah melakukan kejahatan terhadap pemalsuan surat keterangan sehat yang dilakukan dokter
2.	Pasal 299	Pasal ini akan dikenakan jika dokter secara sengaja dan terbukti melakukan aborsi bukan karena faktor penyelamatan nyawa pasien atau karena indikasi medis lainnya, tetapi kondisi ini masih di daerah abu-abu bukan karena faktor di atas tetapi aborsi tersebut merupakan permintaan dari si pasien beserta keluarga pasien sehingga hal ini sebuah dilema bagi dokter.
3.	Pasal 304	Pasal ini dapat diberlakukan kepada dokter yang tidak memberikan pertolongan kepada pasien yang pada waktu itu harus segera mendapat pertolongan karena luka atau sakit dan jika tidak segera dilakukan pertolongan akan membahayakan nyawa atau jiwa pasien tersebut.

No.	Pasal	Penjelasan
4.	Pasal 322	Merupakan pengaturan atas terbuktinya dokter membuka rahasia kedokteran tanpa alasan yang dibenarkan undang-undang.
5.	Pasal 338 Pasal 340 Pasal 344 Pasal 345 Pasal 359	Pasal-Pasal ini pada bidang medis dikaitkan dengan <i>Euthanasia</i> , menegaskan bahwa <i>euthanasia</i> baik aktif maupun pasif tanpa permintaan adalah dilarang.
6.	Pasal 347 Pasal 348 Pasal 349	Pasal ini berkaitan dengan upaya <i>abortus criminalist</i> karena di dalamnya terdapat unsur adanya upaya untuk menggugurkan kandungan tanpa adanya suatu indikasi medis
7.	Pasal 359 Pasal 360	Pasal ini dikaitkan pada adanya dugaan malapraktik itu dilakukan dengan sangat tidak berhati-hati ( <i>culpa lata</i> ), kesalahan serius. Di dalam KUHP, perbuatan yang menyebabkan orang lain luka berat atau mati yang dilakukan secara tidak sengaja.
8.	Pasal 531	Pasal ini dikaitkan apabila seorang dokter tidak memberikan pertolongan darurat kepada orang dalam keadaan bahaya.

Sumber: Kitab Undang-Undang Hukum Pidana

## 2. Kitab Undang-Undang Hukum Perdata (KUHPerdata)

Secara perdata, peristiwa yang secara sosiologis dikonstruksikan sebagai malapraktik medis dikualifikasikan sebagai *onrechtmatige daad* (perbuatan melawan hukum) sebagaimana diatur dalam Pasal 1365 KUHPerdata. Dalam hal pihak pasien atau keluarga pasien ingin menuntut pihak dokter dan/atau rumah sakit secara perdata, maka pihak pasien atau keluarga pasien dapat mengajukan gugatan perdata. Gugatan yang ditujukan kepada dokter dan atau ke rumah sakit oleh pasien adalah ganti rugi.

Ketentuan Hukum Acara Perdata mengatur bahwa pihak

penggugat harus menjelaskan alasan mengapa ia mengajukan gugatan. Alasan mengajukan gugatan harus disertai dengan ketentuan hukum perdata yang menjadi dasar atau landasan dari gugatan tersebut. Lebih lanjut, ketentuan dalam Hukum Acara Perdata juga meletakkan beban pembuktian ada pada pihak penggugat. Dengan demikian, penggugat harus membuktikan apa yang didalilkannya dalam materi gugatannya itu.

Gugatan terhadap dokter dan/atau rumah sakit terkait dugaan malapraktik medik didasarkan pada ketentuan Pasal 1365 KUHPerdata yang mengatur tentang perbuatan melawan hukum (*onrechtmatige daad*). Pasal tersebut menyatakan bahwa tiap perbuatan melawan hukum yang mengakibatkan kerugian pada orang lain mewajibkan orang yang karena kesalahannya menerbitkan kerugian itu, mengganti kerugian. Sesuai dengan prinsip beban pembuktian di atas, maka pihak pasien harus membuktikan bahwa dokter yang bersangkutan telah melakukan kesalahan/kelalaian, dan selanjutnya membuktikan bahwa kelalaian itu telah mengakibatkan timbulnya kerugian pada pihak pasien.

Kriteria atau standar pembuktian yang dituntut dalam perkara perdata lebih ringan jika dibandingkan dengan yang diminta dalam perkara pidana. Pembuktian dalam perkara perdata bersifat formal sebagaimana karakter dari peradilan perdata itu sendiri yang bertujuan menemukan kebenaran formal. Berikut adalah Pasal yang digunakan pasien untuk menggugat dokter:

**Tabel 2.** Pasal Dalam KUHPerdata yang Dijadikan Dasar Tuntutan Perdata Terhadap Dokter

No.	Pasal	Penjelasan
1	Pasal 1329	Setiap gugatan yang berdasarkan wanprestasi adalah adanya perjanjian terapeutik yang dilanggar. Perjanjiannya meliputi perjanjian tertulis maupun tidak tertulis antara dokter dengan pasien. Menurut hukum yang berlaku asal syarat-syarat sahnya perjanjian dipenuhi maka perjanjian tersebut sudah berlaku dan mempunyai konsekuensi yuridis.
2	Pasal 1365	Salah satu unsur dari perbuatan melawan hukum adalah dokter yang melakukan malapraktik medis haruslah benar-benar melanggar hukum, artinya dokter melanggar hukum dengan kesengajaan atau kurang hati-hati, misal; salah memberikan obat atau tidak memberikan <i>informed consent</i>
3	Pasal 1366	Apabila secara dokter tidak menjalankan sesuai dengan SOP atau lalai dalam tugasnya sebagai dokter yang mengakibatkan kerugian pada pasien.
4	Pasal 1367 ayat (3)	Melalaikan pekerjaan sebagai penanggung jawab, hal ini terjadi apabila dokter memberikan pelimpahan wewenang kepada tenaga kesehatan lainnya seperti bidan atau perawat, yang mungkin dalam hal ini perawat tersebut belum menguasai apa yang disuruh sehingga menimbulkan kerugian pada pasien atas tindakan perawat atau bidan tersebut.

Sumber: Kitab Undang-Undang Hukum Perdata

### 3. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan

Undang-Undang Kesehatan juga mengatur tentang ketentuan pidana bagi tenaga kesehatan. Ketentuan ini juga yang menjadikan dasar bagi pasien atau kuasa pasien dalam hal mengajukan tuntutan. Berikut ketentuan pidana pada Undang-undang Kesehatan:

**Tabel 3.** Pasal Dalam Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan yang Dijadikan Dasar Tuntutan Perdata Terhadap Dokter

No.	Pasal	Penjelasan
1	Pasal 190	Tenaga kesehatan yang melakukan praktik atau pekerjaan pada fasilitas pelayanan kesehatan yang dengan sengaja tidak memberikan pertolongan pertama terhadap pasien yang dalam keadaan gawat darurat sehingga mengakibatkan terjadinya kecacatan atau kematian.
2	Pasal 191	Pemberian sanksi bagi semua orang termasuk tenaga kesehatan yang melakukan praktik pelayanan kesehatan tradisional yang menggunakan alat dan teknologi tanpa izin sehingga mengakibatkan kerugian harta benda, luka berat atau kematian
3	Pasal 192	Pasal ini memberikan sanksi atas tindakan sengaja memperjualbelikan organ atau jaringan tubuh
4	Pasal 193	Pemberian sanksi bagi semua orang termasuk tenaga kesehatan yang melakukan Bedah plastik dan rekonstruksi tanpa memperhatikan norma yang berlaku dalam masyarakat dan bertujuan untuk mengubah identitas, yang tidak mempunyai keahlian dan kewenangan untuk itu.
5	Pasal 194	Dengan sengaja melakukan tindakan medis tertentu terhadap ibu hamil, tidak berdasarkan indikasi medis, tidak sesuai dengan ketentuan
6	Pasal 195	Pasal ini mengatur sanksi atas perbuatan dokter yang terbukti. Dengan sengaja memperjualbelikan untuk tujuan komersial melakukan transplantasi organ tubuh, jaringan tubuh, atau transfusi darah.
7	Pasal 196	Pasal ini mengatur sanksi kepada siapa saja termasuk dokter apabila dengan sengaja memproduksi atau mengedarkan sediaan farmasi dan/atau alat kesehatan yang tidak memenuhi standar dan/atau persyaratan keamanan, khasiat atau kemanfaatan, dan mutu.
8	Pasal 197	Pasal ini mengatur sanksi kepada siapa saja termasuk dokter apabila sengaja memproduksi atau mengedarkan sediaan farmasi dan/atau alat kesehatan yang tidak memiliki izin edar
9	Pasal 198	Tindak pidana melakukan praktik kefarmasian tanpa keahlian dan kewenangan.

Sumber: Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan

#### 4. Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran

Dalam ketentuan UU Praktik Kedokteran ini terdapat dua kategori tindakan yang bisa disebut sebagai suatu tindak pidana apabila perbuatan tersebut berkaitan dengan persyaratan pelaksanaan praktik kedokteran yang dilakukan oleh dokter dan perbuatan yang berkaitan dengan pelaksanaan praktik kedokteran yang dilakukan selain dari dokter.

**Tabel 4.** Pasal Dalam Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran yang Dijadikan Dasar Tuntutan Perdata Terhadap Dokter

No.	Pasal	Penjelasan
1	Pasal 75 ayat (1)	Bagi dokter dengan sengaja melakukan praktik kedokteran tanpa memiliki surat tanda registrasi maka ketentuan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun tidak memiliki tidak mempunyai kekuatan hukum mengikat, tetapi untuk sanksi denda sesuai ketentuan undang-undang.
2	Pasal 76	Dokter yang melakukan praktik kedokteran tanpa memiliki surat izin praktik dikenakan sanksi denda dan ketentuan dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun. Namun semenjak adanya putusan MK Nomor 4/PUU-V/2007 tidak memiliki tidak mempunyai kekuatan hukum mengikat.
3	Pasal 77	Penerapan sanksi kepada orang yang dengan sengaja menggunakan identitas berupa gelar atau bentuk lain yang menimbulkan kesan bagi masyarakat seolah-olah yang bersangkutan adalah dokter yang telah memiliki surat tanda registrasi dokter atau surat izin praktik.
4	Pasal 78	Penerapan sanksi kepada orang yang dengan sengaja menggunakan alat, metode atau cara lain dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang menimbulkan kesan seolah-olah yang bersangkutan adalah dokter yang telah memiliki surat tanda registrasi dokter atau surat izin praktik.

No.	Pasal	Penjelasan
5	Pasal 79	Setiap dokter yang sengaja tidak memasang papan nama dan setiap dokter yang dengan sengaja tidak memenuhi kewajiban akan dikenakan sanksi denda dan ketentuan pidana kurungan paling lama 1 (satu) tahun. Namun semenjak adanya putusan MK Nomor 4/PUU-V/2007 tidak memiliki tidak mempunyai kekuatan hukum mengikat.
6	Pasal 80	Penerapan sanksi kepada orang yang dengan sengaja mempekerjakan dokter yang tidak memiliki surat izin praktik untuk melakukan praktik kedokteran di sarana pelayanan kesehatan, jika dilakukan oleh korporasi, pidana yang dijatuhkan adalah pidana denda dan pencabutan izin.

Sumber: Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran

## 5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan

Undang-Undang Tenaga Kesehatan ini juga mengatur tentang tindak pidana bagi orang yang seolah-olah sebagai tenaga kesehatan, kelalaian yang dilakukan tenaga kesehatan dan sanksi bagi tenaga kesehatan apabila berpraktik tanpa memiliki izin. Pada UU Praktik Kedokteran, sanksi pidana atas izin praktik telah di anulir oleh putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 4/PUU-V/2007, sedangkan dokter pada Undang-Undang Tenaga Kesehatan merupakan bagian dari Tenaga Kesehatan yang disebut sebagai Tenaga Medis.

**Tabel 5.** Pasal Dalam Undang-undang Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan yang Dijadikan Dasar Tuntutan Perdata Terhadap Dokter

No.	Pasal	Penjelasan
1	Pasal 83	Penerapan sanksi kepada orang yang bukan Tenaga Kesehatan melakukan praktik seolah-olah sebagai Tenaga Kesehatan yang telah memiliki izin.

No.	Pasal	Penjelasan
2	Pasal 84	Penerapan sanksi kepada Tenaga Kesehatan yang melakukan kelalaian berat yang mengakibatkan Penerima Pelayanan Kesehatan luka berat atau mengakibatkan kematian.
3	Pasal 85	Penerapan sanksi kepada Tenaga Kesehatan dan Tenaga Kesehatan warga negara asing yang dengan sengaja menjalankan praktik tanpa memiliki STR.
4	Pasal 86	Penerapan sanksi kepada Tenaga Kesehatan dan Tenaga Kesehatan warga negara asing yang menjalankan praktik tanpa memiliki izin Praktik.

Sumber: Undang-undang Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan

Sengketa medik dalam pelayanan kesehatan ada dua hal yang perlu mendapat perhatian serius karena kedua memberikan konsekuensi hukum yang menuntut pertanggungjawaban dokter sebagai salah satu tenaga kesehatan dan atau rumah sakit/klinik sebagai fasilitas kesehatan.

### **Risiko Medis dan Kelalaian Medik**

Dalam hubungan antara dokter dan pasien dikenal perjanjian terapeutik, yakni perjanjian antara dokter dengan pasien yang memberikan kewenangan kepada dokter untuk melakukan kegiatan memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien berdasarkan keahlian dan keterampilan yang dimiliki oleh dokter tersebut. Perjanjian Terapeutik berbeda dengan perjanjian pada umumnya karena memiliki objek perjanjian yang berbeda dengan perjanjian pada umumnya. Perjanjian terapeutik atau transaksi terapeutik termasuk dalam inspanningverbintenis atau perjanjian upaya karena dokter tidak mungkin menjanjikan kesembuhan kepada pasien, yang dilakukan dokter adalah melakukan pelayanan kesehatan sebagai upaya untuk menyembuhkan pasien.

Dalam hubungan antara dokter dengan pasien terdapat risiko yang dapat ditanggung oleh kedua belah pihak, yang dikenal dengan istilah Risiko Medis. Risiko medis ini tidak dirumuskan secara eksplisit dalam peraturan perundang-undangan yang ada, namun secara tersirat risiko medis disebutkan di dalam beberapa pernyataan yang ada mengenai risiko terhadap tindakan medis. Risiko atas dijalankannya pelayanan medis sangat tidak dapat diprediksi karena petugas medis hanya bisa berupaya semaksimal mungkin untuk melakukan penanganan medis. Sekalipun dapat diduga apa saja risiko medis yang dapat terjadi, tetap saja tidak dapat dipastikan risiko mana yang akan diperoleh pasien atas penanganan petugas medis tersebut. Tidak jarang risiko medis yang terjadi berujung pada kematian sehingga petugas medis dalam hal ini dokter diduga melakukan kesalahan atau kelalaian yang mengakibatkan kematian seseorang.

Kelalaian dalam hukum pidana disebut juga dengan kealpaan. Langemeyer menjelaskan bahwa:

“Kealpaan adalah suatu struktur yang sangat *gecompliceerd*. Dia mengandung dalam satu pihak kekeliruan dalam perbuatan lahir dan menunjuk kepada adanya keadaan batin yang tertentu, dan di lain pihak keadaan batinnya itu sendiri.”

Konsep kelalaian dalam Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP) dijelaskan dalam Pasal 359 dan Pasal 360 KUHP. Pasal 359 KUHP menentukan bahwa:

“Barangsiapa karena kesalahannya (kealpaannya) menyebabkan orang lain mati, diancam dengan pidana penjara paling lama lima tahun atau pidana kurungan paling lama satu tahun”.

Kemudian Pasal 360 KUHP menentukan pula bahwa:

1. Barangsiapa karena kesalahannya (kealpaannya) menyebabkan orang lain mendapat luka-luka berat, diancam dengan pidana penjara paling lama lima tahun atau pidana kurungan paling lama satu tahun.
2. Barangsiapa karena kesalahannya (kealpaannya) menyebabkan orang lain luka-luka sedemikian rupa sehingga timbul penyakit atau halangan menjalankan pekerjaan jabatan atau pencarian selama waktu tertentu, diancam dengan pidana penjara paling lama sembilan bulan atau pidana kurungan paling lama enam bulan atau pidana denda paling tinggi empat ribu lima ratus rupiah.

Kelalaian medis yang dalam bahasa umum dikenal dengan istilah malapraktik merupakan salah satu kejadian atau fenomena yang akhir-akhir ini muncul dan menjadi sorotan khalayak. Hal ini dikarenakan beberapa pasien mengalami risiko medis berupa kematian ataupun cacat dan mengakibatkan banyaknya gugatan yang dilayangkan pasien terhadap dokter. Kelalaian dalam hukum medis sering disebut dengan *Negligence*. *Negligence* adalah hal yang manusiawi yang sering dialami oleh manusia karena manusia tidaklah sempurna. Menurut Guwandi, seseorang dikatakan lalai apabila ia bertindak acuh atau tidak peduli. Tidak memperhatikan kepentingan orang lain sebagaimana lazimnya di dalam tata-pergaulan hidup masyarakat.

Pengertian kelalaian medis menurut Hermien Hadiati Koeswadji secara harfiah berarti *bad practice* atau praktik buruk yang berkaitan dengan praktik penerapan ilmu dan teknologi medik dalam menjalankan profesi medik yang mengandung ciri-ciri khusus. Karena malapraktik berkaitan dengan “*how to practice the medical science and technology*” yang erat hubungannya

dengan sarana kesehatan atau tempat melakukan praktik dan orang yang melaksanakan praktik, maka Hermien lebih cenderung menggunakan istilah *maltreatment*.

Menurut M. Yusuf Hanafiah dan Amri Amir, malapraktik adalah kelalaian seorang dokter untuk mempergunakan tingkat keterampilan dan ilmu pengetahuan yang lazim dipergunakan dalam mengobati pasien atau orang yang terluka menurut ukuran di lingkungan yang sama. Dapat ditarik kesimpulan bahwa kelalaian medis merupakan kondisi di mana seorang dokter atau tenaga medis melakukan penyimpangan terhadap kode etik kedokteran, standar profesi dokter dan standar operasional prosedur (SOP) saat melakukan tindakan medis terhadap pasiennya sehingga mengakibatkan kerugian yang diderita pasien akibat dari tindakan medis tersebut.

Adapun tolok ukur sekaligus syarat pembuktian kelalaian medis menurut Guwandi adalah sebagai berikut:

1. *Duty*. Harus ada hubungan Dokter Pasien, sehingga ada kewajiban Dokter untuk mengobati pasien.
2. *Dereliction of that duty*. Terdapat suatu penyimpangan dari “*duty*” pada pihak dokter karena ternyata ia tidak melakukan kewajibannya menurut standar profesi.
3. *Direct causation*. Sehingga timbul suatu kerugian.
4. *Damage*. Namun harus ada kaitan secara langsung antara tindakan yang dilakukan oleh dokter dan kerugian yang timbul.

Kelalaian medis sendiri diakibatkan karena kurangnya pengetahuan dokter terhadap penyakit pasien atau kurangnya pengetahuan dokter terhadap keilmuan kedokteran. Kelalaian medis terjadi karena dokter tidak mengikuti standar operasional prosedur, standar profesi, dan menurut kalangan profesi

dokter dipandang menyalahi kode etik kedokteran sehingga mengakibatkan pasien mengalami kerugian berupa cacat fisik maupun kematian. Berbeda dengan risiko medis, risiko medis dapat terjadi karena risiko dari tindakan medis muncul secara tiba-tiba di luar perkiraan dokter serta tidak dapat dihindari oleh dokter dan ada pula yang timbul karena tindakan medis tersebut dilarang atau dibatasi oleh undang-undang karena tindakan medis tersebut mengandung risiko yang besar. Risiko dari tindakan medis yang dilakukan dokter berbeda beda skala besar kecilnya. Dokter diminta untuk melakukan tindakan medis yang sesuai dengan kondisi pasien sekalipun risiko yang dari tindakan medis tersebut besar.

Dalam tinjauan malapraktik medik dan kelalaian medik, perkara dugaan kelalaian medik di negara *common law* memakai pendekatan *tort*, di mana secara hukum lebih banyak menggunakan pendekatan hukum perdata. Hal ini berbeda dengan sistem hukum di Indonesia yang menempatkan perkara dugaan kelalaian medik sebagai pelanggaran etika profesi, disiplin profesi ataupun hukum pada umumnya, baik perdata maupun pidana. Risiko pengobatan yang tidak diinginkan dalam proses pengobatan dapat terjadi karena empat hal, yaitu Dokter yang mengobati melakukan praktik di bawah standar profesi, melanggar etik, melanggar disiplin, dan melanggar hukum.

Dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran mempunyai kewajiban sebagaimana diatur dalam Pasal 51 UU Praktik Kedokteran, yaitu:

1. Memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien;
2. Merujuk pasien ke dokter atau dokter gigi lain yang mempunyai

- keahlian atau kemampuan yang baik, apabila tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau pengobatan;
3. Merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia;
  4. Melakukan pertolongan darurat atas dasar perikemanusiaan, kecuali bila ia yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu melakukannya; dan
  5. Menambah ilmu pengetahuan dan mengikuti perkembangan ilmu kedokteran atau kedokteran gigi.

Tuntutan atau gugatan kelalaian medik yang dialamatkan ke dokter pada hakekatnya adalah proses hukum yang ingin meminta pertanggungjawaban atas kesalahan yang dibuatnya, baik yang berupa kelalaian maupun kesengajaan. Dengan kata lain tanggung jawab dokterlah yang menjadi objek tuntutan atau gugatan kelalaian medik dengan wujud tanggung jawab dokter tersebut dapat berupa ganti rugi atau hukuman lain sesuai keputusan hakim.

Ditinjau dari hubungan hukum, tanggung jawab dokter (termasuk pula dan khususnya dokter gigi) dapat dilihat dari dua aspek, yaitu tanggung jawab profesional (*verantwoordelijkheid*) dan tanggung jawab hukum (*aansprakelijkheid*). Tanggung jawab profesional dokter dan dokter gigi diatur secara internal oleh organisasi profesi. Sedangkan tanggung jawab hukum dokter dan dokter gigi terletak dalam hubungan antara dokter dengan pribadi-pribadi orang (pasien) yang dirawatnya. Selain itu hubungan dokter dan dokter gigi dengan pasien dan bahkan dengan Negara (masyarakat) didasarkan pada peraturan perundang-undangan. Proses tuntutan dan gugatan kelalaian medik dimulai dari membuktikan bentuk kesalahan apa yang dilakukan oleh dokter, apakah kesalahan atas dasar ketentuan profesional atau kesalahan profesi atau atas dasar peraturan perundang-undangan.

Dalam hal pelayanan medis yang berlaku di rumah sakit tentunya tidak lepas dari standar prosedur yang berlaku di masing-masing rumah sakit sehingga dokter atau tenaga kesehatan dituntut dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien tidak boleh lepas dari standar yang telah ditetapkan. Namun, dalam kenyataan di lapangan seringkali dokter atau tenaga kesehatan dalam melaksanakan tugas-tugasnya lalai dan tidak jarang mengakibatkan kondisi pasien bisa berubah menjadi lebih sakit ataupun meninggal karena kelalaian tersebut yang berbuntut pada tuntutan hukum. Oleh karena itu, dalam beberapa kasus yang sering mencuat di publik telah memberikan suatu peringatan bahwa tenaga kesehatan dalam melaksanakan tugasnya harus lebih berhati-hati dan bertanggung jawab agar supaya tidak terjadi kesalahan, kelalaian ataupun pembiaran, yang berakibat pada tuntutan hukum.

## **Pembiaran Medik**

Pembiaran medik secara umum belum di kenal secara luas di kalangan masyarakat baik itu profesi hukum, pembiaran medik merupakan salah satu tindakan kedokteran di mana dalam memberikan pelayanan kesehatan tidak sesuai standar prosedur yang berlaku, adapun dapat dikatakan pembiaran medik adalah suatu tindakan dokter tidak sungguh-sungguh atau tidak memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien dengan berbagai alasan yang terkait dengan sistem pelayanan kesehatan. Pembiaran medik ini sering kali terjadi di rumah sakit terlebih khusus bagi masyarakat atau pasien miskin dengan alasan harus memenuhi beberapa syarat administrasi, pembiaran medik juga sering terjadi pada Instalasi Gawat Darurat (IGD) atau Unit Gawat Darurat (UGD) setiap pasien yang masuk ke unit tersebut

seringkali tidak diberikan pelayanan yang memadai sehingga dapat terjadi pembiaran, dalam hal tersebut, dokter atau tenaga kesehatan yang bertugas di unit tersebut harus bertanggung jawab, dalam pertanggungjawaban tersebut juga tidak lepas dari peran rumah sakit yang melaksanakan pelayanan kesehatan.

Kasus pembiaran medik yang berdampak pada kecacatan atau kematian kepada pasien menimbulkan dampak hukum yang sangat besar, namun begitu karena ketidaktahuan atau kurang pemahannya pasien dalam sistem pelayanan kesehatan menjadi suatu hal yang biasa saja. Dalam sistem hukum Indonesia pembiaran medik secara umum belum tercantum secara jelas, namun dalam hal yang demikian dapat diasumsikan ke dalam beberapa peraturan perundang-undangan yang ada misalnya:

1. Kitab Undang-Undang Hukum Perdata (KUHPerdata)

Dalam pasal 1366 KUHPerdata menentukan bahwa setiap orang bertanggung jawab tidak saja untuk kerugian yang disebabkan perbuatannya, tetapi juga untuk kerugian yang disebabkan kelalaian atau kurang hati-hatinya. Dalam asumsi pasal tersebut kelalaian adalah merupakan suatu tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang bertugas di rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien tentunya merupakan tanggung jawabnya. Jika terjadi pembiaran medik karena hal-hal yang berbuat atau tidak berbuat sesuatu yang mengabaikan pasien dengan alasan tertentu, misalnya karena tidak ada biaya atau penjaminnya, sehingga mengakibatkan terjadinya kecacatan dan kematian bagi pasien, maka tenaga kesehatan dapat di gugat perdata dalam hal kelalaian dari tugas dan tanggung jawabannya yang seharusnya dikerjakan.

2. Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP).

Pasal 304 KUHP menjelaskan bahwa sengaja menempatkan

atau membiarkan seseorang dalam keadaan sengsara, padahal menurut hukum yang berlaku baginya, dia wajib memberikan kehidupan, perawatan atau pemeliharaan kepada orang itu. Dalam hal demikian, tenaga kesehatan dengan sengaja membiarkan pasien yang masuk di rumah sakit dan membutuhkan perawatan namun dengan kelalaiannya membiarkan pasien sehingga pasien mengalami kecacatan dan atau kematian, maka tenaga kesehatan tersebut dapat dituntut melakukan suatu tindakan kejahatan pidana.

### 3. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan (UU Kesehatan).

UU Kesehatan dalam ketentuan pidananya tidak secara jelas mengatur tentang tindak pidana kesehatan. Pasal 190 UU Kesehatan ini mengatur bahwa pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan dan/atau tenaga kesehatan yang melakukan praktik atau pekerjaan pada fasilitas pelayanan kesehatan yang dengan sengaja tidak memberikan pertolongan pertama terhadap pasien yang dalam keadaan gawat darurat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 32 ayat (2) atau Pasal 85 ayat (2) di pidana dengan pidana penjara paling lama 2 (dua) tahun dan denda paling banyak Rp200.000.000,-. Dalam hal pasal ini tidak dengan secara tegas hanya mengatur tentang ketentuan pidana yang terjadi di unit gawat darurat tetapi tidak dengan pasien umum yang berada di rumah sakit, untuk pembiaran medik ini bisa terjadi pada unit gawat darurat ataupun untuk pelayanan umum karena pembiaran medik terjadi pada pasien yang kurang mampu.

Penyelesaian sengketa medik dalam hal pembiaran medik yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya dapat di selesaikan dengan beberapa penuntutan, baik secara pidana maupun secara perdata. Namun

dalam perjalanan perkembangan hukum kesehatan tidak menutup kemungkinan penyelesaian sengketa medik dapat diselesaikan melalui mediasi medis atau kalau memang harus di selesaikan di tingkat pengadilan, maka sangat dibutuhkan suatu pengadilan umum yang hakim-hakimnya sebaiknya hakim yang memahami secara khusus tentang kesehatan atau telah dilatih khusus untuk penyelesaian sengketa medik.



# 6

## MALAPRAKTIK MENURUT HUKUM PIDANA DAN HUKUM PERDATA

**B**elakangan ini, kita sering mendengar istilah malapraktik dari seorang dokter di berita-berita. Malapraktik ini dapat membahayakan jiwa pasien dan merugikan banyak pihak. Hukuman dari malapraktik ini dapat berupa pencabutan surat izin praktek dan hukuman penjara. Sebagai seorang profesional di bidang kesehatan, seorang dokter tidak luput dari kekeliruan dan kesalahan dalam bekerja. Namun, selain kesalahan ada pula terjadi pekerjaan yang memang beresiko maka dalam berpraktik harus mengikuti standar operasional yang sudah ditetapkan. Seorang dokter yang tidak mengikuti standar operasional yang sudah ditetapkan akan dinyatakan bersalah menurut hukum yang

terdapat dalam KUHP (Kitab Undang-Undang Hukum Pidana) dan dalam KUHPerdata (Kitab Undang-Undang Hukum Perdata).

## **Pengertian Malapraktik**

Malapraktik atau *malpractice* berasal dari kata “*mal*” yang berarti buruk. Sedangkan kata “*practice*” berarti suatu tindakan atau praktik. Dengan demikian secara harfiah dapat diartikan sebagai suatu tindakan medik “buruk” yang dilakukan dokter dalam hubungannya dengan pasien. M. Yusuf Hanafiah dan Amri Amir menjelaskan pengertian malapraktik sebagai:

“Kelalaian seorang dokter untuk mempergunakan tingkat keterampilan dan ilmu pengetahuan yang lazim dipergunakan dalam mengobati pasien atau orang yang terluka menurut ukuran di lingkungan yang sama”.

Kemudian Amri Amir menyatakan bahwa “malapraktik medis adalah tindakan yang salah oleh dokter pada waktu menjalankan praktik, yang menyebabkan kerusakan atau kerugian bagi kesehatan dan kehidupan pasien, serta menggunakan keahliannya untuk kepentingan pribadi.

Menurut pendapat Ninik Mariyanti bahwa malapraktik memiliki pengertian yang luas yang dapat dijabarkan sebagai berikut:

1. Dalam arti umum: suatu praktek yang buruk, yang tidak memenuhi standar yang telah ditentukan oleh profesi.
2. Dalam arti khusus (dilihat dari sudut pasien) malapraktik dapat terjadi di dalam menentukan diagnosis, menjalankan operasi, selama menjalankan perawatan, dan sesudah perawatan.

Adapun jenis-jenis malapraktik ditinjau dari segi etika profesi dan segi hukum dapat dibedakan menjadi dua bentuk yaitu

malapraktik etik (*ethical malpractice*) dan malapraktik yuridis (*juridical malpractice*). Hal ini dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Malapraktik Etik, yaitu tenaga kesehatan melakukan tindakan yang bertentangan dengan etika profesinya sebagai tenaga kesehatan. Misalnya seorang bidan yang melakukan tindakan yang bertentangan dengan etika kebidanan. Etika kebidanan yang dituangkan dalam Kode Etik Bidan merupakan seperangkat standar etis, prinsip, aturan atau norma yang berlaku untuk seluruh bidan.
2. Malapraktik Yuridis. Malapraktik yuridis ini dibagi menjadi 3 (tiga) bentuk, yaitu malapraktik perdata (*civil malpractice*), malapraktik pidana (*criminal malpractice*) dan malapraktik administratif (*administrative malpractice*). Malapraktik perdata terjadi apabila terdapat hal-hal yang menyebabkan tidak terpenuhinya isi perjanjian (*wanprestasi*) di dalam transaksi terapeutik oleh tenaga kesehatan, atau terjadinya perbuatan melanggar hukum (*onrechtmatige daad*), sehingga menimbulkan kerugian kepada pasien. Dalam malapraktik perdata yang dijadikan ukuran dalam malapraktik yang disebabkan oleh kelalaian adalah kelalaian yang bersifat ringan (*culpa levis*). Karena apabila yang terjadi adalah kelalaian berat (*culpa lata*), maka seharusnya perbuatan tersebut termasuk dalam malapraktik pidana. Misalnya seorang dokter yang melakukan operasi ternyata meninggalkan sisa perban di dalam tubuh si pasien. Setelah diketahui bahwa ada perban yang tertinggal kemudian dilakukan operasi kedua untuk mengambil perban yang tertinggal tersebut. Dalam hal ini kesalahan yang dilakukan oleh dokter dapat diperbaiki dan tidak menimbulkan akibat negatif yang berkepanjangan terhadap pasien. Selanjutnya mengenai malapraktik pidana. Malapraktik pidana terjadi apabila pasien meninggal dunia

atau mengalami cacat akibat tenaga kesehatan kurang hati-hati atau kurang cermat dalam melakukan upaya perawatan terhadap pasien yang meninggal dunia atau cacat tersebut. Malapraktik pidana ada tiga bentuk, yaitu:

- a. Malapraktik pidana karena kesengajaan (*intensional*), yakni tenaga medis tidak melakukan pertolongan pada kasus gawat padahal diketahui bahwa tidak ada orang lain yang bisa menolong, serta memberikan surat keterangan yang tidak benar. Contoh : melakukan aborsi tanpa tindakan medis.
  - b. Malapraktik pidana karena kecerobohan (*recklessness*), misalnya melakukan tindakan yang tidak lege artis atau tidak sesuai dengan standar profesi serta melakukan tindakan tanpa disertai persetujuan tindakan medis. Contoh: Kurang hati-hatinya perawat dalam memasang infus yang menyebabkan tangan pasien membengkak karena terinfeksi.
  - c. Malapraktik pidana karena kealpaan (*negligence*), misalnya terjadi cacat atau kematian pada pasien sebagai akibat tindakan tenaga kesehatan yang kurang hati-hati. Contoh: seorang bayi berumur 3 bulan yang jarinya terpotong pada saat perawat akan melepas bidai yang dipergunakan untuk memfiksasi infus.
3. Kemudian mengenai Malapraktik Administratif. Malapraktik administratif terjadi apabila tenaga kesehatan melakukan pelanggaran terhadap hukum administrasi negara yang berlaku, misalnya menjalankan praktik bidan tanpa lisensi atau izin praktik, melakukan tindakan yang tidak sesuai dengan lisensi atau izinnya, menjalankan praktik dengan izin yang sudah kedaluwarsa, dan menjalankan praktik tanpa membuat catatan medik.

Indonesia sampai saat ini belum memiliki undang-undang tentang malapraktik medis. Sistem hukum Indonesia tidak semua mengatur malapraktik medis. Pengaturan mengenai malapraktik medis secara umum dapat dilihat dari ketentuan yang tercantum dalam Hukum Perdata, Hukum Pidana dan Hukum Administrasi. Undang-Undang yang bersangkutan, antara lain Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, serta Undang-undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen. Di samping itu, malapraktik medis ini juga diatur secara umum dalam KUHP dan KUHPerdata. Di samping aturan-aturan tersebut, masih terdapat pula aturan teknis lainnya yang mengatur mengenai malapraktik medis di Indonesia, seperti Peraturan Menteri Kesehatan No. 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis, Peraturan Menteri Kesehatan No. 512/Menkes/Per/IV/2007 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran, Peraturan Menteri Kesehatan No. 585/Men.Kes/Per/IX/1989 Tentang Persetujuan Tindakan Medik.

## **Malapraktik Dari Sudut Pandang Hukum Pidana**

Penjatuhan pidana kepada pelaku yang melakukan kejahatan dikenal dengan asas tiada pidana tanpa kesalahan. Asas yang dimaksud berupa hukum yang tidak tertulis namun diterapkandidalam masyarakat danberlakudidalam Kitab Undang-undang Hukum Pidana (KUHP), misalnya pada Pasal 44 KUHP tidak memberlakukan pidana bagi perbuatan yang dilakukan oleh orang yang tidak mampu bertanggung jawab ataupun Pasal 48 KUHP tidak memberikan ancaman pidana bagi pelaku yang melakukan perbuatan pidana karena adanya daya paksa. Oleh

karena itu, untuk dapat dipidananya suatu kesalahan yang dapat diartikan sebagai pertanggungjawaban hukum pidana haruslah memenuhi 3 unsur, yakni:

1. Penindak harus memiliki kemampuan bertanggung jawab, artinya keadaan jiwa penindak harus normal.
2. Adanya asas kekeluargaan diantara pelaku dan korban yang dapat berupa kesengajaan dan kealpaan.
3. Tidak berlaku alasan penghapus kesalahan dan alasan pemaaf.

Pengaturan di dalam KUHP lebih kepada akibat dari perbuatan malapraktik tersebut. Pengaturan Dalam KUHP dapat dilihat dari ketentuan Pasal 53 KUHP, yaitu terkait dengan percobaan melakukan kejahatan dimana pasal ini hanya menentukan syarat-syarat yang harus dipenuhi agar seorang pelaku dapat dihukum karena bersalah telah melakukan suatu percobaan. Kemudian Pasal 345, 347, 348, 349 KUHP yang berkaitan dengan upaya *abortus criminalis* (pengguguran kandungan) karena di dalamnya terdapat unsur adanya upaya menggugurkan kandungan tanpa adanya indikasi medis. Selanjutnya Pasal 351 KUHP tentang Penganiayaan sebagaimana penjelasan Menteri Kehakiman bahwa setiap perbuatan yang dilakukan dengan sengaja untuk memberikan penderitaan badan kepada orang lain atau dengan sengaja untuk merugikan kesehatan badan orang lain.

Terkait dengan kealpaan yang menyebabkan mati atau luka-luka dapat dilihat dari ketentuan Pasal 359 KUHP. Pasal ini terkait dengan penanggulangan tindak pidana malapraktik kedokteran dapat didakwakan terhadap kematian yang diduga disebabkan karena kesalahan dokter. Pasal 359 KUHP ini juga dapat memberikan perlindungan hukum bagi pasien sebagai

upaya preventif mencegah dan menanggulangi terjadinya tindak pidana malapraktik kedokteran namun perlu juga solusi untuk menghindarkan dokter dari rasa takut yang berlebihan dengan adanya pasal ini. Begitu pula dengan Pasal 360 KUHP, rumusan dalam Pasal 359 dan Pasal 360 KUHP menyebutkan tentang cacat, luka-luka berat maupun kematian yang merupakan bentuk akibat dari perbuatan penindak sehingga dari sudut pandang subjektif sikap batin penindak di sini termasuk dalam hubungannya dengan akibat perbuatannya.

Selanjutnya Pasal 361 KUHP yang merupakan pasal pemberatan pidana bagi pelaku dalam menjalankan suatu jabatan atau pencaharian dalam hal ini jabatan profesi sebagai dokter, bidan dan juga ahli obat-obatan yang harus berhati-hati dalam melakukan pekerjaannya karena apabila mereka lalai sehingga mengakibatkan kematian bagi orang lain atau orang tersebut menderita cacat, maka hukumannya dapat diperberat 1/3 dari Pasal 359 dan Pasal 360 KUHP. Terkait dengan kejahatan terhadap tubuh dan nyawa dapat dilihat dari ketentuan Pasal 338, 340, 344, 345, 359 KUHP yang dapat dikaitkan dengan *euthanasia*, apabila dihubungkan dengan dunia kesehatan sebagai upaya penanggulangan tindak pidana malapraktik di Indonesia menegaskan bahwa euthanasia baik aktif maupun pasif tanpa permintaan adalah dilarang. Termasuk juga dengan *euthanasia* aktif dengan permintaan.

Adapun kebijakan formulasi hukum pidana terkait dengan penanggulangan tindak pidana malapraktik medis dapat dilihat dari ketentuan Pasal 29 UU Kesehatan yang berkaitan dengan dengan kelalaian, disebutkan bahwa:

“Dalam hal tenaga kesehatan diduga melakukan kelalaian dalam menjalankan profesinya, kelalaian tersebut harus diselesaikan terlebih dahulu melalui mediasi”.

Berkaitan dengan perlindungan pasien dapat dilihat dari ketentuan Pasal 56, Pasal 57, Pasal 58 UU Kesehatan. Selanjutnya penanggulangan tindak pidana malapraktik kedokteran pada Undang-undang No. 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran. Hal ini dapat dilihat dalam Pasal 51 UU Praktik Kedokteran mengenai kewajiban dari dokter dan dokter gigi.

### **Malapraktik dari Sudut Pandang Hukum Perdata**

Dalam sudut pandang hukum perdata, pasien dapat dikonstruksikan sebagai konsumen sehingga kedudukan pasien mendapatkan perlindungan hukum dari Undang-undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen. Rumah sakit merupakan sebuah institusi pelayanan kesehatan yang terorganisasi serta sangat dinamis. Sementara menurut Departemen Kesehatan RI, rumah sakit diartikan sebagai sarana kesehatan yang berfungsi melaksanakan pelayanan kesehatan rujukan, fungsi medik spesialisistik dan subspecialistik yang mempunyai fungsi utama menyediakan dan menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat penyembuhan dan pemulihan pasien. Institusi tersebut dapat berubah sesuai dengan perkembangan yang terjadi setiap waktu baik dari segi teknologi, manajemen, fasilitas maupun sumber daya manusia yang terlibat dalam kegiatan pengelolaan rumah sakit. Sementara Tenaga Kesehatan menurut Pasal 1 ayat (1) Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 1996 Tentang Tenaga Kesehatan adalah:

“Setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan untuk melakukan upaya kesehatan”.

Pengertian konsumen dalam Pasal 1 angka 2 Undang-undang Perlindungan Konsumen adalah:

“Setiap orang pemakai barang atau jasa yang tersedia dalam masyarakat baik bagi kepentingan diri sendiri, keluarga, orang lain, maupun makhluk hidup lain dan tidak untuk diperdagangkan”.

Dari sudut pandangan sosiologis dapat dikatakan bahwa pasien maupun tenaga kesehatan memainkan peranan-peranan tertentu dalam masyarakat. Dalam hubungannya dengan tenaga kesehatan, misalnya dokter, tenaga kesehatan mempunyai posisi yang dominan apabila dibandingkan dengan kedudukan pasien yang awam dalam bidang kesehatan. Pasien dalam hal ini dituntut untuk mengikuti nasihat dari tenaga kesehatan yang lebih mengetahui akan bidang pengetahuan tersebut. Dengan demikian, pasien senantiasa harus percaya pada kemampuan dokter tempat dia menyerahkan nasibnya. Pasien sebagai konsumen dalam hal ini merasa dirinya bergantung dan aman apabila tenaga kesehatan berusaha untuk menyembuhkan penyakitnya.

Dasar untuk pertanggungjawaban medik secara keperdataan adalah perbuatan melawan hukum (*onrechtmatige daad*) di mana dokter telah berbuat melawan hukum karena tindakannya bertentangan dengan asas kepatutan, ketelitian serta sikap hati-hati yang diharapkan dari padanya dalam pergaulan dengan sesama warga masyarakat. Tanggung jawab ini masuk dalam kategori tanggung jawab berdasarkan undang-undang.

Hubungan hukum dokter dan pasien dari sudut perdata berada dalam suatu hukum perikatan. Hukum Perikatan yang dimaksud adalah suatu ikatan antara dua atau lebih subjek hukum

untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu atau memberikan sesuatu. Sesuatu yang dimaksud disebut sebagai prestasi, yakni suatu kewajiban hukum bagi para pihak yang membuat perikatan. Bagi pihak dokter, prestasi yang dimaksud baginya adalah kewajiban hukum untuk berbuat dengan sebaik mungkin dan secara maksimal (perlakuan medis) bagi kepentingan kesehatan pasien, dan kewajiban hukum untuk tidak berbuat salah atau keliru dalam perlakuan medis, dalam arti kata kewajiban untuk pelayanan kesehatan pasien dengan sebaik-baiknya. Malapraktik kedokteran dari sudut perdata terjadi apabila perlakuan salah dokter dalam hubungannya dengan pemberian prestasi menimbulkan kerugian keperdataan.

Dalam hukum perdata, perikatan lahir oleh 2 (dua) sebab atau sumber, yakni oleh suatu kesepakatan (1313 KUHPerdata) dan oleh sebab undang-undang (1352 KUHPerdata). Hubungan hukum dokter dan pasien berada dalam kedua jenis perikatan tersebut, baik lahir dari adanya kesepakatan atau perjanjian (dalam konteks ini perjanjian yang dimaksud adalah perjanjian terapeutik) maupun yang lahir dari adanya ketentuan dalam undang-undang (dalam konteks ini adalah kewajiban-kewajiban dokter). Pelanggaran hukum dokter atas kewajiban hukum dokter karena undang-undang membawa suatu keadaan perbuatan melawan hukum (*onrechtmatige daad*) dokter di mana dokter mengemban pertanggungjawaban penggantian kerugian. Sedangkan pelanggaran hukum dokter atas kewajibannya yang bersumber dari perjanjian membawa suatu keadaan ingkar janji (*wanprestasi*) di mana dokter mengemban pula pertanggungjawaban penggantian kerugian.

Untuk dapat mengajukan gugatan berdasarkan perbuatan melanggar hukum harus dipenuhi 4 (empat) syarat seperti yang tersebut dalam Pasal 1365 KUH Perdata, yaitu:

1. Pasien harus mengalami suatu kerugian;
2. Ada kesalahan atau kelalaian (di samping perseorangan, rumah sakit juga bisa bertanggung jawab atas kesalahan atau kelalaian pegawainya);
3. Ada hubungan kausal antara kerugian dan kesalahan; dan
4. Perbuatan itu melanggar hukum.



# 7

## PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN

Indonesia memiliki konsep sebagai *welfare state* (negara kesejahteraan) di mana pada konsep tersebut tidak ada satu sisi dalam kehidupan masyarakat yang tanpa adanya campur tangan pemerintah (*from the cradle to the grave*). Untuk mewujudkan kesejahteraan tersebut, maka pemerintah berkewajiban untuk memenuhi hak dasar rakyatnya, melalui kewenangan pemerintah untuk mengatur dengan instrumen perangkat hukum yang ada.

Pada prinsipnya dalam hubungan antara dokter dan pasien ada 2 (dua) hal penting yang harus diperhatikan, yaitu bagaimana dokter menempatkan otonomi pasien sebagai individu, khususnya dalam pengambilan keputusan medis dan bagaimana

dokter membangun keharmonisan tersebut melalui komunikasi yang efektif. Selama ini dokter menempatkan dirinya dalam keputusan medis sebagai guardian dan sebagai pihak yang paling serba tahu, sehingga otonomi pasien kurang mendapat tempat.

Pola hubungan dokter dan pasien seperti ini dapat diibaratkan sebagai hubungan antara ayah dan anak atau hubungan yang bersifat paternalistik. Sifat paternalistik ini menimbulkan ketidakseimbangan hubungan dan interaksi antara pasien dan dokter serta ditopang dengan penuh ketidakpastian. Kondisi inilah yang menimbulkan hubungan “asimetris” antara dokter dan pasien. Selain itu, dengan adanya sifat paternalistik antara dokter dan pasien, selanjutnya akan melahirkan prinsip *father know best* (ayah yang paling tahu).

Persetujuan tindakan kedokteran merupakan amanat dari Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 290 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran (selanjutnya disingkat Permenkes PTK) yang merupakan pelaksanaan dari UU Praktik Kedokteran Pasal 45. Pasal 2 ayat (1) Permenkes PTK mengatakan bahwa semua tindakan kedokteran yang akan dilakukan terhadap pasien harus mendapat persetujuan. Peraturan ini merupakan representasi dari upaya negara untuk mencegah terjadinya kesewenang-wenangan dokter yang memungkinkan timbulnya pelanggaran hak asasi pasien.

Secara filosofis, persetujuan tindakan kedokteran memiliki korelasi dengan hak asasi manusia di mana di Indonesia, hak asasi manusia itu diatur dalam Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia (selanjutnya disingkat UU HAM). Pasal 2 UU HAM menentukan bahwa:

“Negara Republik Indonesia mengakui dan menjunjung tinggi hak asasi manusia dan kebebasan dasar manusia

sebagai hak yang secara kodrati melekat pada dan tidak terpisahkan dari manusia, yang harus dilindungi, dihormati, dan ditegakkan demi peningkatan martabat kemanusiaan, kesejahteraan, kebahagiaan, dan kecerdasan serta keadilan.”

Secara yuridis, hak dasar manusia dalam bidang kesehatan yang berhubungan dengan Persetujuan Tindakan Kedokteran menurut UU HAM adalah sebagai berikut:

1. Setiap orang berhak untuk hidup, mempertahankan hidup dan meningkatkan taraf kehidupannya (Pasal 9);
2. Setiap orang berhak untuk berkomunikasi dan memperoleh informasi yang diperlukan untuk mengembangkan pribadi dan lingkungan sosialnya (Pasal 14);
3. Setiap orang berhak atas rasa aman dan tenteram serta perlindungan terhadap ancaman ketakutan untuk berbuat atau tidak berbuat sesuatu (Pasal 30).

### **Esensi Hubungan Pasien dan Dokter Gigi**

Hubungan dokter dan pasien sebagai subsistem dari sistem yang lebih besar. Nilai dalam subsistem merefleksikan nilai dari masyarakat yang selanjutnya memberikan kontribusi dalam hubungan dokter dan pasien. Hubungan dokter dan pasien tidak terhindarkan dan bersifat asimetris. Dalam konteks ini ada 3 (tiga) situasi yang menyebabkan dokter memainkan peran kunci dan berperan secara powerful dan mengarahkan interaksi dengan pasien, yaitu:

1. *Professional Prestige*; Didasarkan pada pengalaman atau keahlian medik; Lama mendapatkan pelatihan Legitimasi sosial terhadap dokter sebagai pihak yang memiliki kewenangan dalam bidang medis.

2. *Situational Authority*; Dokter memiliki praktik medis dan menawarkan pelayanan kesehatan terhadap pasien dan segala anjuran dokter hendaknya dilakukan.
3. *Situational dependence*; Pasien sangat tergantung pada dokter Mendapatkan pelayanan Memperbolehkan dokter memeriksa dan sebagainya. Jadi melalui interaksi ada “*Competency Gap*” antara dokter dan pasien.

Selanjutnya, hal lain yang menyebabkan timbulnya hubungan asimetris antara pasien dengan dokter adalah karena keadaan pasien yang sangat mendesak untuk segera mendapatkan pertolongan dari dokter, misalnya karena terjadi kecelakaan lalu lintas, terjadi bencana alam, maupun karena situasi lain yang menyebabkan keadaan pasien sudah gawat, sehingga sangat sulit bagi dokter yang menangani untuk mengetahui dengan pasti kehendak pasien. Dalam keadaan seperti ini dokter langsung melakukan apa yang disebut dengan *zaakwaarneming* sebagai mana diatur dalam pasal 1354 KUH Perdata, yaitu suatu bentuk hubungan hukum yang timbul karena adanya “persetujuan tindakan medis” terlebih dahulu, melainkan karena keadaan yang memaksa atau keadaan darurat. Berdasarkan uraian diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa hubungan dokter dan pasien bersifat asimetris yang disebabkan oleh:

1. Rasa percaya yang tinggi pasien terhadap dokter karena legitimasi sosial sebagai pihak yang memiliki kewenangan memiliki pengalaman atau keahlian medik.
2. Pasien sendiri yang datang atas kehendaknya kepada dokter untuk memperoleh pertolongan.
3. Dokter atas ilmu pengetahuannya mengetahui tentang segala sesuatu yang berhubungan dengan penyakit dan penyembuhannya. Sedangkan pasien tidak tahu apa-apa

- tentang hal itu sehingga pasien menyerahkan nasibnya sepenuhnya ditangan dokter.
4. Keadaan pasien yang sangat mendesak atau darurat untuk segera mendapatkan pertolongan dari dokter

### **Aspek Hukum Hubungan Pasien dan Dokter dalam Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan**

Secara filosofis konstitusional tugas pemerintah jelas dinyatakan bahwa negara republik Indonesia menganut prinsip negara hukum yang dinamis atau *welfare state* (negara kesejahteraan). Sebab negara wajib menjamin kesejahteraan sosial (masyarakat). Dalam hal ini pemberi pelayanan kesehatan yakni dokter merupakan representasi dari pemerintah di bidang kesehatan dalam relevansinya dengan kesejahteraan. Sebagaimana diketahui, ada 2 (dua) fungsi hukum yang sangat menonjol tata hukum dan kebiasaan hukum kita yakni, kepastian hukum dan perlindungan hukum, fungsi tersebut berlaku secara umum, jadi berlaku pula bagi hukum kedokteran dan kesehatan.

Ditinjau dari aspek sosiologis, hubungan hukum dokter dan pasien dewasa ini mengalami perubahan, semula kedudukan pasien dianggap tidak sederajat dengan dokter, karena dokter dianggap paling tahu terhadap pasiennya, dalam hal ini kedudukan pasien sangat pasif, sangat tergantung kepada dokter. Namun dalam perkembangannya hubungan antara dokter dan pasien telah mengalami perubahan pola, di mana pasien dianggap sederajat kedudukannya dengan dokter. Segala tindakan medis yang akan dilakukan dokter terhadap pasiennya harus mendapat persetujuan dari pasien, setelah sang pasien mendapatkan penjelasan yang cukup memadai tentang segala seluk beluk penyakit dan upaya tindakan mediknya.

Profesi kedokteran merupakan profesi yang luhur yang berkaitan dengan kepentingan kesejahteraan manusia, sehingga sering dikatakan bahwa profesi di bidang kedokteran ini senantiasa melaksanakan perintah moral dan intelektual. Menjadi seorang dokter berarti mau melayani manusia yang sakit agar dapat sembuh serta melayani manusia sehat agar tidak sakit, yaitu dengan melakukan pencegahan dan peningkatan derajat kesehatan pasien. Dengan demikian, semangat pelayanan harus selalu ada pada diri seorang dokter. Sikap ini sangat penting dalam pembentukan sikap etis yang paling mendasar.

Profesi dokter merupakan profesi yang harus dijalankan dengan moralitas tinggi karena harus selalu siap memberikan pertolongan kepada orang yang membutuhkannya. Ilmu kedokteran terus berkembang dan berlanjut, sehingga bermanfaat atau tidaknya ilmu kedokteran bagi masyarakat bergantung pada landasan filosofis dan idealismenya. Tanpa landasan etik yang luhur yang dimiliki dunia kedokteran, maka dapat mengakibatkan tugas kemanusiaan yang diembannya semata-mata didasarkan hubungan bisnis.

Dari prinsip atau hubungan pasien-dokter (tenaga kesehatan lainnya) –rumah sakit, dikenal hubungan terapeutik atau transaksi terapeutik, di mana terjadi suatu ikatan antara pasien dan dokter dalam hal pengobatan atau perawatan penyakitnya serta antara pasien dengan rumah sakit dalam hal pelayanan kesehatan dengan menyediakan sarana dan prasarana kesehatan yang terstandarisasi. Pihak dokter dan rumah sakit harus memenuhi kewajibannya untuk memberikan layanan kesehatan sesuai standar pelayanan, standar profesi dan standar operasional prosedur kepada pasien, baik diminta maupun tidak diminta, karena prinsipnya dari transaksi terapeutik itu,

pihak *health provider* dan pihak *health receiver* yang sama-sama merupakan subjek hukum yang mempunyai hak dan kewajiban yang setara sesuai dengan asas hukum *equality before the law* dan dinyatakan dalam Pasal 1320 KUHPerdara mengenai syarat sahnya suatu perjanjian.

Munculnya hak dan kewajiban sebagai akibat hubungan hukum antara dokter dan pasien tersebut yang kemudian berpotensi terjadinya sengketa antara dokter dengan pasien atau sengketa medik. Dalam upaya menghindari atau mengurangi angka sengketa medik yang terjadi, maka perlu dipahami mengenai hubungan hukum antara dokter dengan pasien. Dari hubungan hukum inilah yang akan melahirkan perbuatan hukum dan menimbulkan adanya akibat hukum. Dalam suatu akibat hukum, hal yang tidak dapat dipisahkan adalah mengenai siapa yang bertanggung jawab, sejauh apa tanggung jawab dapat diberikan. Perlu dilakukan suatu kajian mengenai bagaimana dokter memberikan tanggung jawab atas kerugian yang dialami pasien dalam suatu pelayanan medik.

Menurut Bahder Johan Nasution hubungan dokter dengan pasien merupakan transaksi terapeutik yaitu hubungan hukum yang melahirkan hak dan kewajiban bagi kedua belah pihak. Berbeda dengan transaksi yang biasa dilakukan masyarakat, transaksi terapeutik memiliki sifat atau ciri yang berbeda, kekhususannya terletak pada objeknya. Objeknya ini melakukan upaya atau terapi untuk penyembuhan pasien. Transaksi terapeutik adalah suatu transaksi untuk menentukan atau upaya mencari terapi yang paling tepat bagi pasien yang dilakukan oleh dokter. Menurut hukum, objek dalam transaksi terapeutik bukan kesembuhan pasien, melainkan mencari upaya yang tepat untuk kesembuhan pasien. Sebagaimana umumnya suatu perikatan,

dalam transaksi terapeutik juga terdapat para pihak yang mengingatkan diri, yaitu dokter sebagai pihak yang melaksanakan atau memberikan pelayanan medis dan pasien sebagai pihak yang menerima pelayanan medis.

Atas uraian di atas, maka hubungan dokter dan pasien atas dasar transaksi terapeutik merupakan hubungan perikatan yang juga tunduk pada ketentuan Buku III KUHPerdara. Ketentuan Pasal 1320 KUHPerdara dikaitkan dengan hubungan dokter dan pasien dijelaskan oleh Konsil Kedokteran Indonesia sebagai berikut:

#### 1. Kesepakatan

Terdapat hal-hal khusus dalam transaksi terapeutik. Di sini pasien merupakan pihak yang meminta pertolongan, sehingga relatif lemah kedudukannya dibandingkan dokter. Untuk mengurangi kelemahan tersebut, dikenal *Informed Consent*, yaitu suatu hak pasien untuk mengizinkan dilakukannya suatu tindakan medis. *Informed consent* merupakan suatu kehendak sepihak secara yuridis, yaitu dari pihak pasien, dokter tidak harus turut menandatangani. Pihak pasien dapat membatalkan pernyataan setujunya setiap saat sebelum tindakan medis dilakukan. Padahal menurut Pasal 1320 KUHPerdara, suatu perjanjian hanya dapat dibatalkan atas persetujuan kedua belah pihak, pembatalan sepihak dapat mengakibatkan timbulnya gugatan ganti kerugian.

Pasal 2 dan Pasal 3 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 290/MENKES/PER/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran (selanjutnya disebut Peraturan Menteri Kesehatan tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran) ini juga menegaskan bahwa semua tindakan kedokteran yang akan dilakukan terhadap pasien harus mendapat persetujuan, di mana

persetujuan ini dapat diberikan secara tertulis maupun lisan. Persetujuan diberikan setelah pasien mendapat penjelasan yang diperlukan tentang perlunya tindakan kedokteran dilakukan. Setiap tindakan kedokteran yang mengandung risiko tinggi harus memperoleh persetujuan tertulis yang ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan. Jika terjadi keadaan gawat darurat maka untuk menyelamatkan jiwa pasien dan/atau mencegah kecacatan tidak diperlukan persetujuan tindakan kedokteran. Persetujuan tindakan kedokteran dapat dibatalkan atau ditarik kembali oleh yang memberi persetujuan sebelum dimulainya tindakan. Pembatalan persetujuan tindakan kedokteran ini harus dilakukan secara tertulis oleh yang memberi persetujuan.

Pada Pasal 7 Peraturan Menteri Kesehatan tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran disebutkan bahwa penjelasan tentang tindakan kedokteran yang disampaikan pada pasien atau keluarganya harus mencakup beberapa hal, seperti; diagnosis dan tata cara tindakan kedokteran, tujuan tindakan kedokteran yang dilakukan, alternatif tindakan lain dan risikonya, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, *prognosis* terhadap tindakan yang dilakukan, dan perkiraan pembiayaan. Informasi-informasi yang disebutkan di atas merupakan kewajiban dokter untuk memberikan penjelasan secara lengkap sebagai pemenuhan hak pasien untuk mendapatkan informasi yang benar, jelas dan jujur, untuk menindaklanjuti hak pasien untuk ikut menentukan tindakan yang diambil dalam penyembuhan penyakitnya.

## 2. Kecakapan

Seseorang dikatakan cakap hukum apabila ia pria atau wanita telah berumur 21 tahun, atau bagi pria apabila belum berumur 21 tahun tetapi telah menikah. Pasal 1330 KUHPerdara

menyatakan bahwa seseorang yang tidak cakap untuk membuat persetujuan adalah:

- a. Belum dewasa, menurut Pasal 330 KUHPerdara adalah belum berumur 21 tahun dan belum menikah.
- b. Berada di bawah pengampuan, yaitu orang yang telah berusia 21 tahun tetapi dianggap tidak mampu karena ada gangguan mental.
- c. Wanita dalam hal yang ditetapkan oleh peraturan perundang- undangan dalam hal ini masih berstatus istri dan pada umumnya semua orang umumnya kepada siapa ketentuan hukum telah melarang membuat persetujuan tertentu.

Hal ini kembali ditegaskan oleh Konsil Kedokteran Indonesia bahwa tidak semua ketentuan hukum Perdata di atas dapat diterapkan. Bahkan ketentuan mengenai yang berhak memberikan persetujuan dalam Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Persetujuan Tindakan Kedokteran pun dapat dipertimbangkan. Dalam praktiknya, Dokter tidak mungkin menolak mengobati pasien yang belum berusia 21 tahun yang datang sendirian ke tempat praktiknya. Permenkes tersebut menyatakan umur 21 tahun sebagai usia dewasa.

### 3. Hal tertentu

Ketentuan mengenai hal tertentu ini menyangkut objek hukum atau bendanya (dalam hal ini pelayanan medis) yang perlu ditegaskan ciri-cirinya. Objeknya adalah usaha penyembuhan. Dokter harus berusaha semaksimal mungkin menyembuhkan penyakit pasien. Secara yuridis, umumnya termasuk *inspanningsverbintennis*, yaitu dokter tidak memberikan jaminan kepastian dalam menyembuhkan penyakit tersebut, tetapi dengan ikhtiar dan keahliannya dokter diharapkan dapat membantu dalam upaya penyembuhan.

#### 4. Sebab yang halal

Dalam pengertian ini, diperbolehkan menurut hukum. Dengan perkataan lain, objek hukum tersebut memiliki sebab yang diizinkan. Pasal 1337 KUHPerdata menyatakan bahwa suatu sebab adalah terlarang apabila bertentangan dengan peraturan perundang-undangan, kesusilaan dan ketertiban umum. Misalnya, dokter dilarang abortus *provocatus criminalis* menurut Pasal 348 KUHP.

Di samping hubungan dokter dan pasien dasar transaksi terapeutik, hubungan antara dokter dan pasien juga lahir karena ketentuan peraturan perundang-undangan. Hubungan hukum dokter dan pasien yang terjadi karena undang-undang memberikan kewajiban kepada dokter untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. Artinya untuk terjadinya hubungan hukum ini tidak diperlukan prakarsa bahkan partisipasi pasien, misalnya pada keadaan darurat. Dengan demikian, hubungan hukum antara dokter dengan pasien yang berasal dari undang-undang tidak mungkin menghasilkan *resultaat verbintenis* (perikatan hasil) sebab pasien tidak mempunyai prakarsa bahkan partisipasi. Dengan demikian pula, maka perikatan yang dihasilkannya adalah *inspanning verbintennis* (perikatan ikhtiar).

### **Persetujuan Tindakan Kedokteran dalam Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan**

Ada beberapa tipe dokter yang berkaitan dengan pemberian pelayanan medis, khususnya yang berpengaruh terhadap komunikasinya dengan pasien, antara lain :

1. Dokter enggan menjawab walaupun pasien bertanya
2. Dokter yang bersedia menjawab apabila ditanya dan hanya menjawab sebatas pertanyaan pasien

3. Dokter yang bersedia menjawab pertanyaan, mau bertanya serta menambahkan informasi-informasi lain.

Mengingat adanya beberapa tipe dokter yang berkaitan dengan karakternya, pasien diharapkan dapat bersikap kritis terhadap dokter dengan cara :

1. Menjadi pasien yang cerdas, sebelum berkunjung mempersiapkan diri untuk menjelaskan riwayat kesehatan sejujurnya.
2. Mempersiapkan hal-hal yang perlu dibicarakan pasien dengan dokter
3. Hal-hal yang perlu diketahui pasien di tempat praktik.

Pasal 52 Undang-Undang Praktik Kedokteran menyebutkan bahwa Hak Pasien adalah mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang tindakan medis yang mencakup diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis yang dilakukan, alternatif tindakan lain dan risikonya, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, serta *prognosis* terhadap tindakan yang dilakukan. Pasien juga berhak meminta pendapat dokter atau dokter gigi lain, mendapatkan pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis, menolak tindakan medis serta mendapatkan isi rekam medis. Kemudian kewajiban pasien diatur dalam Pasal 53 Undang-undang Praktik Kedokteran yang menyebutkan bahwa pasien haruslah memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang masalah kesehatannya; mematuhi nasihat dan petunjuk dokter atau dokter gigi; mematuhi ketentuan yang berlaku di sarana pelayanan kesehatan dan memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diterima. Transaksi terapeutik yang dilakukan oleh pasien dan dokter mewajibkan kedua belah pihak untuk memenuhi hak dan kewajibannya masing-masing.

Selanjutnya, Pasal 50 Undang-undang Praktik Kedokteran

menjelaskan bahwa dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran mempunyai hak:

1. Memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;
2. Memberikan pelayanan medis menurut standar profesi dan standar prosedur operasional;
3. Memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari pasien atau keluarganya; dan
4. Menerima imbalan jasa.

Di luar kewajiban terhadap pasien, dokter juga mempunyai kewajiban umum, kewajiban terhadap teman sejawat, dan kewajiban terhadap diri sendiri yang telah ditetapkan dalam kode etik kedokteran. Kewajiban-kewajiban tersebut merupakan tanggung jawab profesi dokter. Kewajiban dokter atau dokter gigi terhadap pasien dalam melaksanakan pelayanan kesehatan diatur lebih konkret dalam Pasal 51 Undang-Undang Praktik Kedokteran yang telah menentukan secara normatif tentang serangkaian kewajiban dokter atau dokter gigi dalam melakukan pelayanan kesehatan yang harus dilaksanakannya kepada pasien, yakni:

1. Memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien.
2. Merujuk pasien ke dokter atau dokter gigi lain yang mempunyai keahlian atau kemampuan yang lebih baik, apabila tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau pengobatan.
3. Merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia.

4. Melakukan pertolongan darurat atas dasar perikemanusiaan kecuali bila ia yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu melakukannya.
5. Menambah ilmu pengetahuan dan mengikuti perkembangan ilmu kedokteran atau kedokteran gigi.

Dokter sebelum melakukan tindakan kedokteran, untuk meningkatkan atau memulihkan kesehatan pasien memerlukan persetujuan terlebih dahulu. Hal tersebut karena tindakan kedokteran merupakan salah satu upaya dalam proses pelayanan kedokteran yang tidak wajib diterima oleh pasien. Karena dalam pelayanan kedokteran, tidak seorangpun yang dapat memastikan keadaan hasil akhir dari pelayanan kedokteran tersebut. Oleh sebab itu, tidak etis bila penerimaannya dipaksakan. Pasien karena alasan atau pertimbangan tertentu, dapat atau tidak bersedia menerima tindakan kedokteran yang disarankan, maka penolakan tersebut harus dihormati.

Persetujuan tindakan Kedokteran telah diatur dalam Pasal 45 UU Praktik Kedokteran. Sebagaimana dinyatakan setiap tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan oleh dokter atau dokter gigi terhadap pasien harus mendapat persetujuan. Persetujuan sebagaimana dimaksud diberikan setelah pasien mendapat penjelasan secara lengkap, sekurang-kurangnya mencakup diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis yang dilakukan, alternatif tindakan lain dan risikonya, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan. Persetujuan tersebut dapat diberikan baik secara tertulis maupun lisan. Disebutkan di dalamnya bahwa setiap tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang mengandung risiko tinggi harus diberikan dengan persetujuan tertulis yang ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan.

Persetujuan tindakan kedokteran ini kemudian diatur lebih spesifik dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 290/Menkes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran. Dalam Pasal 1, 2, dan 3 Permenkes PTK ini mengatur bahwa:

#### Pasal 1

1. 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.
2. Keluarga terdekat adalah suami atau istri, ayah atau ibu kandung, anak-anak kandung, saudara-saudara kandung atau pengampunya.
3. Tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang selanjutnya disebut tindakan kedokteran adalah suatu tindakan medis berupa preventif, diagnostik, terapeutik atau rehabilitatif yang dilakukan oleh dokter atau dokter gigi terhadap pasien.
4. Tindakan Invasif adalah suatu tindakan medis yang langsung dapat memengaruhi keutuhan jaringan tubuh pasien.
5. Tindakan kedokteran yang mengandung risiko tinggi adalah tindakan medis yang berdasarkan tingkat probabilitas tertentu, dapat mengakibatkan kematian atau kecacatan.
6. Dokter dan dokter gigi adalah dokter, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis lulusan pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh pemerintah Republik Indonesia sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
7. 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.

#### Pasal 2

1. Semua tindakan kedokteran yang akan dilakukan terhadap pasien harus mendapat persetujuan.
2. Persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat diberikan secara tertulis maupun lisan.
3. Persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan setelah pasien mendapat penjelasan yang diperlukan tentang perlunya tindakan kedokteran dilakukan.

#### Pasal 3

1. Setiap tindakan kedokteran yang mengandung risiko tinggi harus memperoleh persetujuan tertulis yang ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan.
2. Tindakan kedokteran yang tidak termasuk dalam ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat diberikan dengan persetujuan lisan.
3. Persetujuan tertulis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibuat dalam bentuk pernyataan yang tertuang dalam formulir khusus yang dibuat untuk itu.
4. Persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat diberikan dalam bentuk ucapan setuju atau bentuk gerakan menganggukkan kepala yang dapat diartikan sebagai ucapan setuju.
5. Dalam hal persetujuan lisan yang diberikan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dianggap meragukan, maka dapat dimintakan persetujuan tertulis.
- 6.

Apabila seorang dokter melanggar kewajiban mendapatkan Persetujuan Tindakan Kedokteran sebelum melakukan tindakan medik maka menurut hukum pidana dapat dianggap melakukan tindakan secara ceroboh, dan dapat dikenai tindak pidana penganiayaan yang diatur dalam Pasal 351 dan 352 KUHP. Sedangkan bagi dokter ahli anestesi yang melakukan pembiusan tanpa Persetujuan dari pasien dapat dikenai Pasal 89 KUHP perihal membuat orang tidak berdaya/pingsan yang dianggap dengan melakukan suatu tindak pidana kekerasan. Dan bila tindakan tersebut mengakibatkan pasien menderita atau mengalami luka derajat sedang maka dapat dikenai pasal 360 KUHP perihal kelalaian, dan apabila pasien meninggal, maka dapat dikenai pasal 359 KUHP perihal kelalaian yang menimbulkan matinya orang lain.

Sebagaimana definisinya, persetujuan tindakan kedokteran akan diberikan oleh pasien atau keluarga pasien setelah mendapat penjelasan atau informasi secara lengkap dari dokter atau dokter gigi yang menangani pasien. Informasi yang diberikan oleh dokter atau dokter gigi hendaklah sesuai dengan konteks nilai, budaya dan latar belakang pasien dan keluarga pasien. Sehingga tidak jarang memerlukan kehadiran penerjemah untuk menjelaskan materi informasi yang diberikan. Bahkan dapat juga menggunakan alat bantu, seperti *leaflet* atau bentuk publikasi lain apabila hal itu dapat membantu memberikan informasi yang bersifat rinci. Berdasarkan informasi yang terakhir, yang dapat dibawa pulang dan digunakan untuk berpikir lebih lanjut atau musyawarah dengan keluarga besar. Dokter atau yang menerima delegasi untuk memberikan informasi harus memastikan bahwa informasi yang akan membuat pasien tertekan agar diberikan dengan cara yang sensitif dan empati, bila perlu mengajak salah

satu anggota tim pelayanan kesehatan dan keluarga pasien dalam diskusi.

Menurut Pasal 45 UU Praktik Kedokteran, isi dari penjelasan dianggap cukup jika sekurang-kurangnya mencakup:

1. Diagnosis dan tata cara tindakan medis;
2. Tujuan tindakan medis yang dilakukan;
3. Alternatif tindakan lain dan risikonya;
4. Risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan
5. Prognosis terhadap tindakan yang dilakukan.

Lebih rinci diatur dalam Permenkes PTK mengenai bagaimana dokter yang akan melakukan tindakan medik mempunyai tanggung jawab utama memberikan informasi dan penjelasan yang diperlukan. Apabila berhalangan, informasi dan penjelasan yang harus diberikan dapat diwakilkan kepada dokter atau dokter gigi lain dengan sepengetahuan dokter atau dokter gigi yang bersangkutan. Tenaga kesehatan tertentu dapat membantu memberikan penjelasan sesuai dengan kewenangannya. Tenaga kesehatan tersebut adalah tenaga kesehatan yang ikut memberikan pelayanan kesehatan secara langsung kepada pasien. Bila terjadi kesalahan dalam memberikan informasi, tanggung jawab berada ditangan dokter atau dokter gigi yang memberikan delegasi.

Selanjutnya dijelaskan pula pihak yang berhak untuk memberikan persetujuan setelah mendapatkan informasi menurut Pasal 13 Permenkes PTK yakni sebagai berikut:

1. Pasien yang kompeten adalah pasien yang dewasa atau bukan anak menurut peraturan perundang-undangan yang berlaku atau telah/pernah menikah, tidak terganggu kesadaran fisiknya, mampu berkomunikasi secara wajar, tidak mengalami kemunduran perkembangan mental dan tidak mengalami penyakit mental sehingga mampu membuat

keputusan secara bebas, yaitu apabila telah berumur 21 tahun atau telah menikah.

2. Dalam hal pasien tidak cakap untuk memberikan persetujuan, maka persetujuan dapat diberikan oleh keluarga terdekat atau pengampunya.
3. Tindakan dan atau prosedur yang harus memperoleh persetujuan tindakan kedokteran tertulis, yaitu:
  - a. Sebelum operasi atau prosedur invasif;
  - b. Sebelum anestesia termasuk sedasi yang moderat dan dalam;
  - c. Sebelum penggunaan darah atau produk darah;
  - d. Sebelum pelaksanaan tindakan dan pengobatan yang berisiko tinggi.

Pada situasi khusus, misalnya pada keinginan dari pasien atau keluarga yang dirawat di ruang rawat intensif (ICU dan HCU) untuk tindakan penghentian/penundaan bantuan hidup (*withdrawing/withholding life support*) harus mendapat persetujuan keluarga terdekat pasien. Persetujuan penghentian/penundaan bantuan hidup oleh keluarga terdekat pasien diberikan setelah keluarga mendapat penjelasan dari tim dokter atau dokter gigi yang bersangkutan. Persetujuan ini harus diberikan secara tertulis.

Penolakan tindakan persetujuan oleh Pasien dan atau keluarga pasien diatur pula dalam Pasal 16 Permenkes PTK, yaitu:

1. Penolakan tindakan kedokteran dapat dilakukan oleh pasien dan/atau keluarga terdekatnya setelah menerima penjelasan tentang tindakan kedokteran yang akan dilakukan.
2. Jika pasien belum dewasa atau tidak sehat akalnya, maka yang berhak memberikan atau menolak memberikan persetujuan tindakan kedokteran adalah keluarga terdekat, atau pengampunya.

3. Bila pasien yang sudah menikah, maka suami atau istri tidak diikutsertakan menandatangani persetujuan tindakan kedokteran, kecuali untuk tindakan keluarga berencana yang sifatnya *irreversible*, yakni tubektomi atau vasektomi.
4. Jika orang yang berhak memberikan persetujuan menolak menerima informasi dan kemudian menyerahkan sepenuhnya kepada kebijakan dokter atau dokter gigi, maka orang tersebut dianggap telah menyetujui kebijakan medis apapun yang akan dilakukan dokter atau dokter gigi.
5. Apabila yang bersangkutan sesudah menerima informasi kemudian menolak untuk memberikan persetujuannya, maka penolakan tindakan kedokteran tersebut harus dilakukan secara tertulis. Akibat penolakan tindakan kedokteran tersebut menjadi tanggung jawab pasien.
6. Penolakan tindakan kedokteran tidak memutuskan hubungan dokter pasien.
7. Persetujuan yang sudah diberikan dapat ditarik kembali (dicabut) setiap saat, kecuali tindakan kedokteran yang direncanakan sudah sampai pada tahapan pelaksanaan yang tidak mungkin lagi dibatalkan.
8. Dalam hal persetujuan tindakan kedokteran diberikan keluarga, maka yang berhak menarik kembali (mencabut) adalah anggota keluarga tersebut atau anggota keluarga lainnya yang kedudukan hukumnya lebih berhak sebagai wali.
9. Penarikan kembali (pencabutan) persetujuan tindakan kedokteran harus diberikan secara tertulis dengan menandatangani format yang disediakan.

Semua tindakan kedokteran harus mendapat persetujuan setelah menerima informasi yang cukup sesuai dengan pendidikan, kondisi dan situasi pasien. Tindakan kedokteran

dengan risiko tinggi harus dengan persetujuan tertulis. Informasi harus diberikan meskipun terkadang pasien atau keluarga tidak meminta Penjelasan yang diberikan oleh dokter hendaknya merupakan informasi yang lengkap, kecuali bila dapat merugikan pasien atau pasien menolak diberi informasi tersebut. Pemberian informasi harus didampingi saksi kedua pihak dan lebih mengutamakan proses dalam pemberian *Informed Consent*, bukan hanya sekadar formalitas berupa kelengkapan tanda tangan pada formulir.



# 8

## ***INFORMED CONSENT DALAM PERJANJIAN TERAPEUTIK***

**M**anusia merupakan makhluk sosial, yaitu makhluk yang membutuhkan interaksi dengan manusia lainnya. Interaksi antar manusia tersebut tidak hanya komunikasi saja tetapi juga menyangkut seluruh aspek kehidupan, tidak terkecuali aspek hukum. Hubungan hukum secara perorangan antar manusia, tergolong dalam hukum perdata. Hubungan hukum perdata mencakup banyak bidang, salah satunya dalam hubungan perjanjian yang pada dasarnya diciptakan sesama manusia untuk mempertegas hubungan antar mereka. Dalam melaksanakan hubungan antara dokter dan pasien, pelaksanaan antara keduanya selalu diatur dengan peraturan-peraturan tertentu agar terjadi keharmonisan dalam pelaksanaannya.

Pasien sebagai pihak yang membutuhkan pelayanan kesehatan menyerahkan sepenuhnya perawatan kesehatannya kepada seorang dokter di pihak lain. Begitu pula sebaliknya, dokter juga akan melakukan pelayanan medis berupa rangkaian tindakan yang meliputi diagnosa dan tindakan medis. Hubungan hukum ini selanjutnya disebut transaksi, yang dalam hukum perdata disebut perjanjian, dan dalam pelayanan kesehatan disebut “perjanjian terapeutik”.

Dalam perjanjian terapeutik dikenal prinsip yang disebut dengan *informed consent*. *Informed consent* dalam medis kini merupakan suatu kelengkapan, keharusan yang dibuat oleh dokter sebelum melaksanakan tindakan medis yang direncanakan meskipun ada pengecualian membuat *informed consent* sebelum tindakan medis pada keadaan-keadaan tertentu. 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.

## **Perjanjian Terapeutik**

Perjanjian terapeutik menurut ketentuan Pasal 1601 Bab 7A Buku III KUH Perdata merupakan jenis perjanjian yang terjadi antara dokter dan pasien di bidang pengobatan (sesuatu yang mengandung unsur atau nilai pengobatan) yang mencakup bidang diagnostik, preventif, rehabilitatif, maupun promotif. Perjanjian terapeutik secara yuridis diartikan sebagai hubungan hukum antara dokter dengan pasien dalam pelayanan medis secara profesional dengan didasarkan pada kompetensi yang sesuai pada keahlian dan keterampilan tertentu di bidang kesehatan.

Sementara dalam pasal 1354 KUH Perdata, perjanjian terapeutik merupakan perjanjian *ius generis*. Adapun yang dimaksud dengan perjanjian pemberian jasa, yaitu suatu perjanjian di mana pihak yang satu menghendaki pihak lawannya melakukan suatu pekerjaan untuk mencapai suatu tujuan dengan kesanggupan membayar upahnya, sedangkan cara yang akan dilakukan untuk mencapai tujuan tersebut diserahkan pada pihak lawannya. Pihak lawan tersebut adalah seorang ahli dalam bidangnya dan telah memasang tarif untuk jasanya.

Syarat sahnya perjanjian terapeutik adalah sebagai berikut:

1. Sepakat mereka yang mengikatkan dirinya (*toestemming van degene die zich verbinden*)

Secara yuridis, yang dimaksud adanya kesepakatan adalah tidak adanya kekhilafan, atau paksaan, atau penipuan (Pasal 1321 Kitab Undang-undang Hukum Perdata). Sepakat ini dilihat dari rumusan aslinya berbunyi persetujuan (*toestemming*) dari mereka yang mengikatkan dirinya. Berarti dalam suatu perjanjian minimal harus ada dua subjek hukum yang dapat menyatakan kehendaknya untuk mengikatkan diri. Adapun cara menyatakan persesuaian kehendak itu, dapat dilakukan dengan berbagai cara baik secara tegas maupun secara diam-diam. Karena itu, yang disebut sebagai sepakat sebenarnya adalah persesuaian pernyataan kehendak.

Dengan demikian, didasarkan asas konsensualisme, maka untuk terjadinya perjanjian disyaratkan adanya persesuaian pernyataan dari kedua belah pihak. Saat terjadinya perjanjian dikaitkan dengan Pasal 1320 kitab undang-undang hukum perdata merupakan saat terjadinya kesepakatan antara dokter dan pasien yaitu pada saat pasien menyatakan keluhannya dan ditanggapi oleh dokter. Di sini antara pasien dan dokter saling mengikatkan

diri pada perjanjian terapeutik yang objeknya adalah upaya penyembuhan.

## 2. Kecakapan untuk membuat perikatan

Secara yuridis, yang dimaksud dengan kecakapan untuk membuat perikatan adalah kemampuan seseorang untuk mengikatkan diri, karena tidak dilarang oleh undang-undang. Hal ini didasarkan Pasal 1329 dan 1330 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata. Menurut Pasal 1329 Kitab Undang-undang Hukum Perdata bahwa setiap orang adalah cakap untuk membuat perikatan, jika oleh undang-undang tidak dinyatakan tidak cakap. Kemudian, di dalam Pasal 1330 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, disebutkan bahwa orang-orang yang dinyatakan tidak cakap yaitu orang yang belum dewasa, mereka yang ditaruh di bawah pengampunan, perempuan yang telah kawin dalam hal-hal yang ditentukan Undang-undang dan pada umumnya semua orang yang oleh Undang-undang dilarang untuk membuat persetujuan tersebut.

Terkait dengan transaksi terapeutik, pihak penerima pelayanan medis, terdiri atas orang dewasa yang cakap untuk bertindak, orang dewasa yang tidak cakap untuk bertindak, yang memerlukan persetujuan dari pengampunya, dan anak di bawah umur yang memerlukan persetujuan dari walinya atau orang tuanya.

## 3. Suatu hal tertentu (*een bepaald onderwerp*)

Berdasarkan Pasal 1333 kitab undang-undang hukum perdata disebutkan bahwa suatu perjanjian harus mempunyai sebagai pokok suatu barang yang paling sedikit ditentukan jenisnya dan tidaklah menjadi halangan bahwa jumlah barang tidak tentu asal saja jumlah itu terkemudian dapat dihitung. Dari ketentuan tersebut dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud

suatu hal tertentu adalah objek perjanjian.

Hal tertentu ini apabila dihubungkan dengan obyek perjanjian/transaksi terapeutik ialah upaya penyembuhan. Oleh karenanya objeknya adalah upaya penyembuhan, maka hasil yang diperoleh dari pencapaian upaya tersebut tidak dapat atau tidak boleh dijamin oleh dokter. Lagi pula pelaksanaan upaya penyembuhan itu tidak hanya bergantung kepada kesungguhan dan keahlian dokter dalam melaksanakan tugas profesionalnya, tetapi banyak faktor lain yang ikut berperan, misalnya daya tahan pasien terhadap obat tertentu, tingkat keparahan penyakit dan juga peran pasien dalam melaksanakan perintah dokter demi kepentingan pasien itu sendiri.

#### 4. Suatu sebab yang sah

Hal ini oleh undang-undang tidak dijelaskan secara tegas, tetapi dapat ditafsirkan secara *contrario* menurut ketentuan Pasal 1335 dan Pasal 1337 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata. Di dalam Pasal 1335 Kitab Undang-undang Hukum Perdata disebutkan bahwa suatu perjanjian tanpa sebab, atau yang telah dibuat karena suatu sebab yang palsu atau terlarang, tidak mempunyai kekuatan. Pasal 1337 Kitab Undang-undang Hukum Perdata disebutkan bahwa suatu sebab adalah terlarang, apabila dilarang oleh undang-undang atau apabila berlawanan dengan kesusilaan baik atau ketertiban umum.

### ***Informed Consent***

*Informed consent* merupakan suatu bentuk dari menghargai sesama manusia, dengan berbuat baik melalui penilaian risiko dan keuntungan tindakan medis, serta suatu keadilan pada mana pilihan tindakan medis diberikan pada subjek, pasien. Ungkapan risiko dan keuntungan tindakan medis kadang merupakan

masalah, karena demikian banyak risiko, begitu pula keuntungan tindakan medis, yang selain banyak menyita waktu untuk penjelasan adalah juga kadang membingungkan pasien dan keluarga. Umumnya risiko yang dikemukakan adalah yang dapat dipahami oleh pasien dalam memutuskan suatu pilihan dengan alternatif tindakan medis lainnya, jadi nampaknya hanya risiko dan keuntungan yang dapat dimengerti oleh pasien yang harus dikemukakan.<sup>1</sup>

Perkembangan *informed consent* di Indonesia tidak lepas dari perkembangan masalah serupa di Negara lain. *Declaration of Lisbon* (1981) dan *Patient Bill of Right* (*American Hospital Association*, 1972) pada intinya menyatakan bahwa pasien mempunyai hak menerima dan menolak pengobatan dan hak menerima informasi dari dokternya sebelum memberikan persetujuan atas tindakan medis. Hal ini berkaitan dengan hak menentukan diri sendiri (*the right to self determination*) sebagai dasar hak asasi manusia dan hak pasien untuk mendapatkan informasi yang jelas tentang penyakitnya dan tindakan maupun alternatif tindakan yang akan dilakukan kepadanya, dari sudut pandang inilah *informed consent* sebetulnya dapat dilihat sebagai penghormatan kalangan tenaga kesehatan terhadap hak otonomi pasien. Lebih jauh hal ini dapat menghindarkan atau mencegah terjadinya penipuan atau paksaan atau dari pandangan lain dapat pula dikatakan bahwa *informed consent* merupakan pembatasan otorisasi dokter terhadap kepentingan pasien.<sup>1</sup>

Bentuk *informed consent* dibedakan menjadi dua, yaitu:

1. *Informed consent* yang dinyatakan secara tegas
  - a. *Informed consent* yang dinyatakan secara lisan yaitu apabila tindakan medis itu tidak berisiko, misalnya pada pemberian terapi obat dan pemeriksaan terapi medis,

sedangkan untuk tindakan medis yang mengandung risiko misalnya pembedahan, *informed consent* dilakukan secara tertulis dan ditandatangani oleh pasien.

- b. *Informed consent* yang dinyatakan secara tertulis yaitu bentuk yang paling tidak diragukan. Namun, jika dilakukan dengan cara lisan juga syah, kecuali jika ada syarat okum tertentu yang menuntut *informed consent* tertulis untuk prosedur tertentu.
2. *Informed consent* yang dinyatakan secara diam-diam atau tersirat

*Informed consent* juga dianggap ada, hal ini dapat tersirat ada gerakan pasien yang diyakini oleh dokter. Dengan anggukan kepala, maka dokter dapat menangkap isyarat tersebut sebagai tanda setuju. Dapat dikatakan bahwa pasien membiarkan dokter untuk memeriksa bagian tubuhnya, dengan pasien membiarkan/menerima dan tidak menolak maka dokter menganggap hal ini sebagai suatu persetujuan untuk dilakukan pemeriksaan guna mendapatkan terapi dari penyakitnya. Demikian pula, dalam hal persetujuan tindakan medis yang dilakukan oleh pasien jika pasien telah menyetujui ataupun tidak bertanya lebih lanjut tentang informasi dari dokter, dianggap telah mengetahui penjelasan dokter.

Berdasarkan pasal 50 Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran diketahui bahwa fungsi *informed consent* bagi dokter adalah untuk memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional. Dalam hal ini dokter yang melakukan praktik sesuai dengan standar tidak dapat disalahkan dan bertanggung jawab secara hukum atas kerugian atau cedera yang diderita. Pasien karena kerugian dan cedera tersebut bukan

diakibatkan oleh kesalahan atau kelalaian dokter. Perlu diketahui bahwa cedera atau kerugian yang diderita pasien dapat saja terjadi karena perjalanan penyakitnya sendiri atau karena risiko medis yang dapat diterima (*acceptable*) dan telah disetujui pasien dalam *informed consent*.

Elemen *informed consent* yang diwajibkan oleh Pedoman ICH harus mencakup penjelasan berikut:

1. Jika melakukan suatu uji coba maka harus melibatkan penelitian.
2. Tujuan persidangan.
3. Perlakuan percobaan dan kemungkinan untuk tugas acak untuk setiap perawatan.
4. Prosedur percobaan yang harus diikuti, termasuk semua prosedur invasif.
5. Tanggung jawab subjek.
6. Aspek-aspek dari percobaan yang bersifat eksperimental.
7. Risiko atau ketidaknyamanan yang dapat diduga ke subjek dan, bila berlaku, pada embrio, janin, atau bayi yang menyusui.
8. Manfaat yang diharapkan secara wajar. Ketika tidak ada manfaat klinis yang dimaksudkan untuk subjek, subjek harus dibuat sadar akan hal ini.
9. Prosedur alternatif atau kursus perawatan yang mungkin tersedia untuk subjek, dan manfaat dan risiko potensial penting mereka.
10. Kompensasi dan/atau perawatan tersedia untuk subjek dalam hal cedera yang terkait dengan percobaan.
11. Pembayaran prorata yang diantisipasi, jika ada, ke subjek untuk berpartisipasi dalam persidangan.
12. Biaya yang diantisipasi, jika ada, ke subjek untuk berpartisipasi dalam persidangan.

13. Partisipasi subjek dalam persidangan bersifat sukarela dan subjek dapat menolak untuk berpartisipasi atau menarik diri dari persidangan, kapan saja, tanpa hukuman atau kehilangan manfaat yang subjeknya berhak atas.
14. Bahwa monitor (s), auditor (s), IRB/IEC, dan otoritas pengatur akan diberikan akses langsung ke catatan medis asli subjek untuk verifikasi prosedur uji klinis dan / atau data, tanpa melanggar kerahasiaan subjek, sejauh diizinkan oleh undang-undang dan peraturan yang berlaku dan bahwa, dengan menandatangani formulir *informed consent* tertulis, subjek atau perwakilan yang dapat diterima secara hukum tunduk pada akses tersebut.
15. Rekaman yang mengidentifikasi subjek akan dirahasiakan dan, sejauh diizinkan oleh undang-undang dan / atau peraturan yang berlaku, tidak akan tersedia untuk umum. Jika hasil persidangan dipublikasikan, identitas subjek akan tetap dirahasiakan.
16. Bahwa subjek atau perwakilan yang dapat diterima secara hukum akan diberi tahu secara tepat waktu jika informasi tersedia, yang mungkin relevan dengan kemauan subjek untuk terus berpartisipasi dalam uji coba.
17. Orang untuk menghubungi untuk informasi lebih lanjut mengenai persidangan dan hak-hak subjek percobaan, dan siapa yang harus dihubungi dalam hal cedera terkait dengan pengadilan.
18. Keadaan yang dapat diduga dan/atau alasan di mana partisipasi subjek dalam uji coba dapat dihentikan.
19. Durasi yang diharapkan dari partisipasi subjek dalam uji coba.
20. Perkiraan jumlah subjek yang terlibat dalam uji coba.

*Informed consent* adalah konsep etika yang telah menjadi bagian integral dari etika kedokteran dan praktik medis kontemporer. Dalam pengakuan pentingnya etika *informed consent*, Komite Etika *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) menegaskan delapan pernyataan berikut:

1. Memperoleh bentuk perawatan konseling formil, untuk partisipasi dalam penelitian medis, dan untuk partisipasi dalam latihan mengajar yang melibatkan siswa dan siswa adalah persyaratan etis yang sebagian tercermin dalam doktrin dan persyaratan hukum.
2. Mencari *informed consent* menyatakan rasa hormat terhadap pasien sebagai pribadi; itu terutama menghormati hak moral pasien untuk integritas tubuh, penentuan nasib sendiri mengenai seksualitas dan kapasitas reproduksi, dan untuk mendukung kebebasan pasien untuk membuat keputusan dalam hubungan yang peduli.
3. *Informed consent* tidak hanya memastikan perlindungan pasien terhadap perawatan medis yang tidak diinginkan, tetapi juga memungkinkan keterlibatan aktif pasien dalam perencanaan dan perawatan medisnya.
4. Komunikasi diperlukan jika *informed consent* harus direalisasikan, dan dokter dapat dan harus membantu mencari cara untuk memfasilitasi komunikasi tidak hanya dalam hubungan individu dengan pasien tetapi juga dalam konteks terstruktur dari institusi perawatan medis.
5. *Informed consent* harus dilihat sebagai proses daripada tanda tangan pada formulir. Proses ini termasuk saling berbagi informasi dari waktu ke waktu antara dokter dan pasien untuk memfasilitasi otonomi pasien dalam proses membuat pilihan yang sedang berlangsung.

6. Persyaratan etis untuk mendapatkan persetujuan yang dibuat tidak perlu bertentangan dengan kewajiban etis para dokter secara keseluruhan; yaitu, dokter harus melakukan segala upaya untuk menggabungkan komitmen untuk *informed consent* dalam suatu komitmen untuk memberikan manfaat medis kepada pasien dan, dengan demikian, untuk menghormati mereka sebagai orang yang utuh dan terwujud.
7. Ketika *informed consent* oleh pasien tidak mungkin, pengambil keputusan pengganti harus diidentifikasi untuk mewakili keinginan pasien atau kepentingan terbaik. Dalam situasi darurat, tenaga medis mungkin harus bertindak sesuai dengan persepsi mereka tentang kepentingan terbaik pasien; dalam contoh langka, mereka mungkin harus berhenti memperoleh persetujuan karena beberapa kewajiban etis utama lainnya, seperti melindungi kesehatan masyarakat.
8. Karena persyaratan etis dan persyaratan hukum tidak dapat disamakan, dokter juga harus memperkenalkan diri dengan persyaratan hukum federal dan negara bagian untuk memperoleh persetujuan. Dokter juga harus menyadari kebijakan dalam praktik mereka sendiri karena ini dapat bervariasi dari lembaga ke institusi.

*Informed consent* dapat digunakan untuk tujuan berbeda jika dalam konteks berbeda yaitu, legal, etika atau administratif. Dalam konteks *legal informed consent* digunakan dalam persetujuan sederhana untuk melindungi pasien dari serangan dalam bentuk intervensi medis yang tidak diinginkan. Standar yang lebih tinggi dari *informed consent* lebih lanjut melindungi hak pasien untuk otonomi, penentuan nasib sendiri dan tidak dapat diganggu gugat.

Tujuan etis dari *informed consent* agak lebih abstrak dan ideologis, berusaha untuk menghormati otonomi pasien dengan memastikan bahwa pengobatan diarahkan menuju tujuan yang diinginkan dan dipilih oleh pasien. Dalam konteks ini, *informed consent* dimaksudkan untuk menggeser paradigma etis untuk pengambilan keputusan dari model yang berpusat pada dokter ke pendekatan yang lebih berpusat pada pasien.

Tujuan administratif, dokumen terinformasi yang diberikan melayani tujuan untuk memastikan bahwa proses persetujuan telah terjadi. Pasien tidak langsung ke ruang operasi, misalnya, tanpa formulir persetujuan yang ditandatangani. Sayangnya, tekanan untuk pekerjaan yang efisien dapat menggeser fokus proses *informed consent* dari percakapan yang kuat menjadi persyaratan belaka untuk mendapatkan tanda tangan.

Meskipun debat hukum dan etika tetap ada, sebagian besar pemangku kepentingan dalam proses *informed consent* menyepakati setidaknya empat elemen dasar untuk diskusi tentang *informed consent*: pembuat keputusan (yaitu, pasien atau pengganti) harus memiliki kapasitas untuk membuat keputusan; dokter harus mengungkapkan rincian yang memadai untuk pengambil keputusan untuk membuat pilihan informasi; pembuat keputusan harus menunjukkan pemahamannya tentang informasi tertutup; dan pembuat keputusan harus secara bebas mengotorisasi rencana perawatan.

# 9

## KOMUNIKASI INTERPERSONAL DALAM PELAYANAN KESEHATAN

**D**alam pelayanan kesehatan gigi, komunikasi interpersonal berperan penting untuk membina hubungan yang baik antara operator-pasien. Komunikasi interpersonal yang baik dapat mengontrol kecemasan pasien pada saat perawatan. Komunikasi interpersonal dokter gigi pasien yaitu terjalinnya hubungan kerja sama antara dokter gigi dan pasien secara tatap muka, baik secara verbal ataupun non verbal. Keberhasilan komunikasi interpersonal dokter gigi pasien mengakibatkan kenyamanan dan kepuasan bagi pasien ataupun dokter gigi.

Di dunia kedokteran, komunikasi interpersonal menjadi salah satu unsur yang paling penting dalam hubungan antara dokter dengan pasien. Dalam Standar Kompetensi Dokter

Indonesia (SKDI) tertera dengan jelas bahwa seorang dokter harus mampu untuk berkomunikasi secara efektif dengan pasiennya. Untuk membuat hubungan dokter-pasien yang baik adalah menguasai teknik komunikasi yang baik dengan pasien. Penggunaan komunikasi pasien dengan dokter adalah hal yang paling penting yang disebut dengan *Art of Medicine*.

## **Pengertian Hubungan Interpersonal**

Komunikasi interpersonal merupakan komunikasi yang terjadi antara dua orang atau lebih, bisa secara verbal dan non verbal. Di dunia kedokteran, komunikasi Interpersonal menjadi salah satu unsur yang paling penting dalam hubungan antara dokter dengan pasien. Dalam Standar Kompetensi Dokter Gigi Indonesia (SKDGI) tertera dengan jelas bahwa seorang dokter harus mampu untuk berkomunikasi secara efektif dengan pasiennya.

Dalam proses komunikasi interpersonal sumber komunikasi (komunikator) dan penerima pesan (komunikate) dapat berganti peran, pergantian peran seperti ini disebut komunikasi, dan proses pergantian peran tersebut dapat timbul saat itu juga (saat yang sama) misalkan bila ada interupsi

## **Peran Komunikasi Interpersonal dalam Pelayanan Kesehatan**

Karakteristik komunikasi interpersonal adalah proses komunikasi terjadi tanpa melalui media komunikasi, sehingga dalam proses komunikasi interpersonal mempunyai ciri sebagai berikut:

1. Pesan dari komunikator tidak terbatas pada pesan verbal tetapi juga pesan non verbal seperti ekspresi wajah, gerakan

anggota tubuh, sehingga pesan tersebut mempunyai makna yang beragam, selanjutnya dapat menimbulkan respons yang beragam pula. Sangat mungkin stimulus yang paling menonjol yang diterima komunike adalah ekspresi wajah (non verbal) tanpa disadari oleh komunikator, sehingga respons yang diterima komunikator tidak sesuai dengan isi yang diinginkannya.

2. Komunikate dapat berganti peran sebagai komunikator pada saat yang bersamaan (selama proses komunikasi berlangsung), contoh munculnya interupsi. Pergantian peran secara bersamaan merupakan suatu mekanisme umpan balik (*feed back mecanism*), sehingga kemungkinan hambatan komunikasi tidak dapat segera diketahui oleh kedua belah pihak.

Komunikasi yang baik antara dokter dengan pasien menunjukkan kondisi emosional yang stabil. Sebaliknya, jika komunikasi interpersonal tidak dilakukan dengan optimal oleh dokter, maka pasien akan merasakan kecemasan. Kecemasan merupakan suatu kondisi yang sangat umum saat seseorang berkunjung ke dokter gigi. Kecemasan merupakan rasa khawatir, takut yang bisa disebabkan oleh hal-hal tertentu atau bahkan tidak jelas penyebabnya kecemasan dapat bermanifestasi dengan berbagai cara, baik perubahan ekspresi, peningkatan tekanan darah maupun perubahan denyut nadi.

Bidang kesehatan gigi masyarakat timbul paradigma baru tentang *the person behind the teeth*, di mana penerapan paradigma ini dalam berbagai layanan kesehatan gigi dan mulut pada masyarakat tidak bisa terlepas dari persoalan manusia seutuhnya, artinya perawatan kesehatan gigi dan mulut kepada individu atau masyarakat bukan terhadap kasus penyakitnya saja

tetapi justru terhadap orang atau manusia secara utuh (*as human being*).

Unsur manusia dengan berbagai karakteristiknya menjadi bagian penting dalam upaya penanganan masalah kesehatan gigi dan mulut di masyarakat, sehingga dengan penekanan aspek karakteristik manusia dalam layanan medik kesehatan gigi dan mulut menyebabkan peran komunikasi antara dokter gigi dengan penderitanya akan lebih menonjol. Peran komunikasi interpersonal antara dokter gigi dengan penderitanya sangat penting, agar proses layanan medik gigi dan mulut akan lebih optimal, dan pemahaman tentang peran komunikasi interpersonal diharapkan mampu mendorong peningkatan kemampuan dan penguasaan berkomunikasi dengan penderita dan akhirnya timbul hubungan interpersonal yang optimal antara dokter gigi dengan penderitanya.

Kerja sama secara efektif antara dokter gigi dan pasien merupakan salah satu variabel komunikasi interpersonal yang dapat memengaruhi dari kepuasan pasien. Ditinjau dari kerja sama secara efektif seorang dokter gigi harus mampu menggunakan bahasa yang mudah dipahami oleh pasien, tanggap terhadap keluhan yang dirasakan pasien, menjelaskan setiap tindakan yang akan dilakukan kepada pasien, menjelaskan secara jujur penyakit yang dialami pasien kepada pasien atau keluarga terdekat, menanggapi dengan baik pertanyaan dari pasien, berpenampilan rapi dan menarik, desain ruangan yang nyaman, dan memberikan kesempatan bertanya kepada pasien. Diharapkan apabila dokter gigi dapat bekerja sama secara efektif kepada pasien nantinya pasien akan percaya terhadap dokter gigi dan perawatan yang diberikan juga akan maksimal.

# 10 KODE ETIK KEDOKTERAN GIGI

**E**tika kedokteran gigi yang menjelaskan mengenai etika profesi dan prinsip moral kedokteran gigi dimulai sejak masuk pendidikan kedokteran gigi, dengan memberikan lebih ke arah dan membuat keputusan etik, memberikan banyak pelatihan, dan lebih banyak dipaparkan dalam berbagai situasi kondisi etik klinik tertentu, sehingga cara berpikir etis tersebut diharapkan menjadi bagian pertimbangan dari pembuatan keputusan medis sehari-hari. Tentu dapat dipahami bahwa pendidikan etika belum tentu dapat mengubah perilaku seseorang, terutama apabila teladan yang diberikan bertolak belakang dengan situasi ideal.

## Definisi Etika Kedokteran Gigi

Etik berasal dari bahasa Yunani, yaitu ‘*Ethicos*’ yang berarti ‘moral’ dan ‘*ethos*’ yang berarti ‘karakter, kebiasaan’. Etika merupakan falsafah moral yang mengukur norma atau nilai yang benar dan baik dari perilaku dan perikehidupan yang harus berlaku dalam kehidupan sehari-hari.

Etika Kedokteran Gigi adalah falsafah moral yang mengukur norma dan nilai yang baik dan benar dari perilaku menjalankan profesi kedokteran gigi dan hasil karya keilmuan kedokteran gigi sebagai mana tercantum dalam lafal sumpah dan kode etik kedokteran gigi yang telah disusun oleh organisasi profesi dengan pemerintah.

## Prinsip-Prinsip Etika Kedokteran Gigi

### 1. Prinsip *Beneficence* (berbuat baik).

Kewajiban berbuat baik menuntut kita harus membantu orang lain atau memperhatikan kesejahteraan orang lain. Namun kewajiban berbuat baik juga harus mempertimbangkan resiko dan manfaat. Hal inilah yang menimbulkan kerumitan masalah, karena pertimbangan resiko dan manfaat juga sering menimbulkan masalah baru. Contoh perilaku *beneficence*, yaitu:

- a. Mengutamakan altruisme (berbuat tanpa pamrih, rela berkorban untuk kepentingan orang lain
- b. Mengusahakan kebaikan lebih banyak dari keuntungannya
- c. Maksimalisasi kepuasan dan kebahagiaan pasien
- d. Meminimalisasi akibat buruk
- e. Kewajiban menolong pasien kegawatdaruratan
- f. Tidak menarik honorarium di luar kewajaran
- g. Memberikan obat berkhasiat tapi murah

2. Prinsip *Non-maleficence* (melarang untuk tidak berbuat buruk)

Asas “tidak merugikan” (*Non-maleficence*) merupakan suatu cara teknis untuk menyatakan bahwa kita berkewajiban tidak mencelakakan orang lain, salah satu prinsip paling tradisional dari etika kedokteran. *Primum non nocere*, yang terpenting adalah jangan merugikan. Inilah prinsip dasar tradisi hipokratik. Jika tidak bisa berbuat baik kepada seseorang, maka sekurang-kurangnya wajib untuk tidak merugikan orang itu. Contoh perilaku *non-maleficent*, yaitu:

- a. Menolong pasien secara emergensi kegawat daruratan
- b. Tidak menggunakan pasien menjadi objek
- c. Tidak membunuh pasien
- d. Mencegah pasien dari bahaya
- e. Jika tidak bisa menolong, setidaknya jangan merugikan
- f. Melindungi pasien dari serangan
- g. Tidak membahayakan pasien dari kelalaian

3. Prinsip Otonomi (menghormati hak pasien).

Suatu kebebasan bertindak, mengambil keputusan sesuai dengan rencana yang ditentukannya sendiri, termasuk bertanggung jawab atas putusan tersebut. Contoh perilaku otonomi, yaitu:

- a. Menghargai hak menentukan nasib sendiri, menghargai martabat pasien
- b. Tidak mengintervensi pasien dalam *decision maker*
- c. Berterus terang
- d. Menghargai privasi
- e. Menjaga kerahasiaan pasien
- f. Menghargai rasionalitas pasien
- g. Melaksanakan informed consent
- h. Tidak berbohong kepada pasien meskipun demi kebaikan pasien
- i. Tidak menghalangi otonomi pasien

4. *Justice* (moral, keadilan).

Keadilan dapat dibedakan dua tipe dasar, yakni:

- a. Keadilan komparatif adalah proporsional artinya keadilan ditentukan oleh hasil perbandingannya dengan yang lain berdasarkan kebutuhannya.
- b. Keadilan non-komparatif artinya semua sama, dalam hal ini keadilan ditentukan oleh prinsip (pokoknya harus sama, bukan oleh kebutuhan).

Contoh perilaku *justice*, yaitu:

- a. Memberlakukan sesuatu secara universal
  - b. Memberikan kontribusi yang relatif sama dengan kebutuhan pasien
  - c. Memberi kesempatan yang sama tanpa pandang bulu
  - d. Meminta partisipasi pasien sesuai kemampuannya
  - e. Mengembalikan hak kepada pemiliknya pada waktu yang tepat
  - f. Tidak membedakan pelayanan pasien atas dasar SARA
5. *Fairness* (tidak boleh membedakan status).

Kesetaraan atau perlakuan yang adil di dalam memenuhi hak dan kewajibannya terhadap *stake holder* yang timbul berdasarkan perjanjian dan peraturan yang berlaku.

Dunia Kedokteran Gigi bersifat sosial. Para dokter gigi mutlak harus mengutamakan kepentingan masyarakat yang membutuhkan pertolongan, terutama saat mereka menghadapi persoalan gigi ataupun rongga mulut. Sifat sosial dunia kedokteran gigi juga diatur dalam Kode Etik Kedokteran Gigi. Sejak disumpah untuk menjalankan praktik profesinya setiap Dokter Gigi wajib mematuhi Kode Etik tersebut.

Landasan etik kedokteran adalah sebagai berikut:

- a. Sumpah Hipokrates (460-377 SM)
- b. Deklarasi Geneva (1948)
- c. *International Code of Medical Ethics* (1949)
- d. Lafal sumpah dokter Indonesia (1960)
- e. Kode etik kedokteran Indonesia (1983)
- f. Pernyataan-pernyataan (deklarasi) ikatan dokter sedunia (*World Medical Association, WMA*), yaitu antara lain:
  - 1) Deklarasi Geneva (1948), tentang lafal sumpah dokter.
  - 2) Deklarasi Helsinki (1964) tentang riset klinik.
  - 3) Deklarasi Sydney (1968) tentang saat kematian.
  - 4) Deklarasi Oslo (1970) tentang pengguguran kandungan atas indikasi medik.
  - 5) Deklarasi Tokyo (1975) tentang penyiksaan.

Etika sebenarnya saling berkaitan dengan hukum dan mempunyai tujuan yang sama, yaitu untuk mengatur tertib dan tentramnya pergaulan hidup dalam masyarakat. Hubungan moral, etika profesi, dan etika hukum adalah:

- a. Moral, meliputi perilaku manusia, sifat personal, dan sosial.
- b. Etika profesi, dilaksanakan pada kelompok tertentu sehingga peran dan fungsi kelompok tersebut jadi lebih jelas (kode etik).
- c. Etika dan hukum, mengatur bidang yang sama, pelakunya terdapat dalam masyarakat, norma-norma (moral), agama, budaya, hukum (UU administrasi, pidana perdata, peraturan, keputusan).

Tujuan etika profesi antara lain:

- a. Menjaga kehormatan dan profesi.

- b. Merupakan tata tertib, hubungan baik antara teman sejawat dan profesi.
- c. Mencegah orang tidak baik masuk ke lingkungan profesi.
- d. Mencegah pihak luar campur tangan dalam internal profesi.

**Tabel 10.1.** Perbedaan dan persamaan Etika dan Hukum

No.	Persamaan Etik dan Hukum	Perbedaan Etik dan Hukum
1.	Sama-sama merupakan alat untuk mengatur tertibnya hidup bermasyarakat.	Etik berlaku untuk lingkungan profesi. Hukum berlaku untuk umum.
2.	Sebagai objeknya adalah tingkah laku manusia.	Etik disusun berdasarkan anggota profesi. Hukum disusun oleh badan pemerintahan.
3.	Mengandung hak dan kewajiban anggota-anggota masyarakat, agar tidak saling merugikan.	Etik tidak seluruhnya tertulis.
4.	Menggugah kesadaran untuk bersifat manusiawi.	Pelanggaran etik diselesaikan oleh MKEKG (Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Gigi) yang dibentuk oleh PDGI.
5.	Sumbernya adalah hasil pemikiran para pakar dan pengalaman.	Penyelesaian pelanggaran etik tidak selalu disertai bukti fisik. Penyelesaian pelanggaran hukum memerlukan bukti fisik.

Etika dalam berprofesi merupakan satu tingkah laku konkrit dan merupakan pelaksanaan tanggung jawab pribadi dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan rasa kemanusiaan terhadap pasiennya. Yang berisikan keselamatan kepentingan penderita, dan perlindungan pada dokter.

Tiap profesi dilandasi etika. Profesi yang dilakukan tanpa mengindahkan kaidah-kaidah etika ibarat seseorang yang tengah menggali lubang kuburnya sendiri. Weistein, dalam *Ethical Decision Making*, mengatakan bahwa etika medis merupakan aturan-aturan dan prinsip-prinsip yang berkaitan dengan kode etik pada

profesi kedokteran gigi. Seorang dokter gigi adalah praktisi moral yang menjalankan keahliannya dalam menyembuhkan atau merawat pasiennya sesuai dengan moral dan etika.

Dalam menghadapi pasien yang berasal dari golongan ekonomi lemah, misalnya, seorang dokter gigi tidak boleh menolak pasien karena alasan biaya. Dokter gigi tetap dituntut memberikan informasi mengenai tempat pengobatan yang mendapat subsidi pemerintah, misalnya rumah sakit, puskesmas, atau balai pengobatan.

Persoalan “persaingan” tempat praktik ataupun layanan juga mendapat perhatian serius etika profesi kedokteran gigi. Apabila terjadi “persaingan” di antara sesama dokter gigi, maka perawatan dan penyembuhan pasien harus tetap dinomor satukan.

Hal lain yang tak kalah penting adalah tanggung jawab dokter gigi atas eksistensi perawat, karyawan administrasi ataupun laboratoriumnya. Dokter gigi bertanggung jawab atas risiko yang dihadapi para karyawan atas kemungkinan penyakit yang disebabkan oleh sinar rontgen ataupun oleh bahan kimia hasil reaksi di laboratorium tempat kerja.

Dalam hubungannya dengan lingkungan hidup (*environment*), dokter gigi bertanggung jawab atas limbah dari tempat praktiknya. Pembuangan limbah melalui saluran air dan masuk ke selokan dan sungai akan berakibat pada kesehatan masyarakat sekitarnya.

Etika profesi kedokteran gigi haruslah tetap mengacu pada kode etik medis yang berlaku di dunia kedokteran gigi. Seorang dokter gigi juga tidak diperkenankan mengabdikan perusahaan obat yang pada akhirnya justru memberatkan pasien. Oleh karena itu, dengan selalu mengacu pada etika profesi kedokteran gigi,

kemajuan teknologi kedokteran gigi tak perlu menggeser nilai-nilai luhur yang berisi layanan kepada masyarakat luas.

Secara keseluruhan, petunjuk dalam Kode Etik Kedokteran Gigi Indonesia menganjurkan tindakan jujur baik terhadap pasien, maupun terhadap teman sejawatnya. Hubungan dengan pasien, masyarakat, dan teman sejawat, dalam mukadimahnya dikemukakan inti sari dari Kode Etik yang menyatakan bahwa para dokter gigi wajib melakukan pekerjaan di bidang keahliannya dengan sikap dan tindakan yang terpuji.

Etik Kedokteran Gigi Indonesia wajib dihayati dan diamalkan oleh setiap Dokter Gigi di Indonesia. Peningkaran terhadapnya akan menyebabkan kerugian baik bagi masyarakat maupun bagi dokter gigi sendiri. Akibat yang paling tidak dikehendaki adalah rusaknya martabat dan tradisi luhur profesi kedokteran gigi yang harus dijaga bersama. Oleh karena itu semua dokter gigi di Indonesia bersepakat, bagi dokter gigi yang melanggar kode etik kedokteran gigi wajib ditindak dan diberi hukuman sesuai dengan tingkat kesalahannya.

Sanksi pelanggaran etik diantaranya:

1. Peringatan kepada dokter atau dokter gigi agar dapat memperbaiki, bersikap lebih baik, dan profesional dalam menjalankan profesinya.
2. Teguran dikeluarkan dari anggota profesi apabila pelanggaran etik yang dilakukan dokter/dokter gigi dianggap sudah berat/ melampaui batas pelanggaran etik.

Kode Etik Kedokteran Gigi Indonesia menjadi landasan kehidupan dan landasan dalam melaksanakan pekerjaan profesi. Pada hakikatnya fungsi dan tanggung jawab dokter gigi telah diatur dengan peraturan perundang-undangan, antara lain:

1. Undang-undang No. 9 Tahun 1960 tentang Pokok-pokok Kesehatan
2. Peraturan Pemerintah No. 36 Tahun 1984 tentang Pendaftaran Ijazah dan Pemberian Izin Menjalankan Pekerjaan Dokter/ Dokter Gigi/Apoteker.
3. Peraturan Pemerintah No. 1 Tahun 1988 tentang Masa Bakti dan Praktik Dokter dan Dokter Gigi
4. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 385/Menkes/Per/VI/1988 tentang Pelaksanaan Masa Bakti dan Izin Praktik Bagi Dokter dan Dokter Gigi. Dengan demikian telah jelas pula arah organisasi profesi dalam mencapai tujuannya serta melakukan usaha-usahanya.
5. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 585/1989 tentang Persetujuan Tindakan Medik.
6. Undang-undang RI No. 23/1992 tentang Kesehatan.
7. Peraturan Pemerintah No. 33 Tahun 1963 tentang Lafal Sumpah/Janji Dokter Gigi.



## DAFTAR PUSTAKA

- Adami Chazawi, 2001, *Kejahatan Terhadap Pemalsuan*, RajaGrafindo Persada, Jakarta.
- Alfitri. Komunikasi dokter pasien. Dirjen Dikti SK no. 56/DIKTI/Kep/2005. *Mediator*. 2006; 7(1): 15
- Alzena Dwi Saltike .*Definisi bioetika kedokteran*. [http://www.academia.edu/7245584/BIOETIKA\\_KEDOKTERAN](http://www.academia.edu/7245584/BIOETIKA_KEDOKTERAN)
- Amri Amir, 1997, *Bunga Rampai Hukum Kesehatan*, Widya Medika, Jakarta.
- Anny Isfandyarie, 2005, *Malpraktek dan Resiko Medik Dalam Kajian Hukum Pidana*, Prestasi Pustaka, Jakarta.
- Bahder Johan Nasution, 2005, *Hukum Kesehatan Pertanggungjawaban Dokter*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Berger, Peter L., Luckmann, Thomas. (1966). *The Social Construction of Reality, The Treatise In The Sociology of Reality*. Garden City, N.Y. : Doubleday.

- Bungin, Burhan. (2007). *Penelitian Kualitatif: Komunikasi, Ekonomi, Kebijakan Publik, dan Ilmu Sosial Lainnya*. Jakarta: Kencana.
- Cangara, Hafied. (2011). *Pengantar Ilmu Komunikasi, Cet. XII*. Jakarta: PT. Rajagrafindo.
- Caraesya, GD. Meilawaty, Z. Hadnyanawati, H. Pengaruh Komunikasi Interpersonal Dokter Gigi-Pasien terhadap Tingkat Kepuasan di Poli Gigi Puskesmas Jember. *E-Jurnal Pustaka Kesehatan*. 2016;3(3)548-53
- Chandra S, Mohammadnezhad M, Ward P. Trust and communication in a doctor-patient relationship: A literature review. *J of Healthcare Commucations*.2018; 3(3): 4
- Daniel E. Hall MD MDiv, Allan V. CMAJ. March 2012;184(5):533-4
- Desriza Ratman, 2014, *Aspek Hukum Penyelenggaraan Praktek Kedokteran dan Malpraktik Medik*, Keni Media, Bandung.
- Endang Kusuma Astuti, 2009, *Transaksi Terapeutik Dalam Upaya Pelayanan Medis di Rumah Sakit*, Citra Aditya Bakti, Bandung.
- Fajar, Marhaeni. (2009). *Ilmu Komunikasi: Teori & Praktik*. Jakarta: Graha Ilmu.
- Fourrianalistyawati E. Komunikasi yang relevan dan efektif antara dokter dan pasien. *J. Fakultas psikologi Universitas Yarsi*: 1-6
- Fourrianalistyawati E. Komunikasi yang efektif antara dokter dan pasien. *Jurnal Psikogenesis*. Des 2012 ; 1(1) :84-7
- Guwandi, 2009, *Pengantar Ilmu Hukum Medik dan Bio-Etika*, Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta.
- Hall DE, Prochazka AV, Fink AS. *Informed consent for clinical treatment*
- Hardjana, Agus M. (2003). *Komunikasi intrapersonal & Komunikasi Interpersonal*. Yogyakarta: Penerbit Kanisius.

- Heryanto B. *Malpraktik dokter dalam perspektif hukum*. 2010; 10(2).  
<http://luckymbem.blogspot.com/2012/12/bioetika-adalah.html>  
<http://www.scribd.com/doc/45795302/KEKGI>  
<http://www.scribd.com/doc/89652548/Manual-Komunikasi>  
<https://gagasanhukum.wordpress.com/2011/03/03/dampak-pembiaran-medik-di-rumah-sakit-bagian-ii/>
- Juwita GS, Marlinae L, Rahman F. Hubungan mutu pelayanan dengan Kepuasan pasien rawat inap di rumah sakit umum daerah tamiang layang. *Jurnal Publikasi Kesehatan Masyarakat Indonesia*. 2017; 4(2): 50
- Kinanti AD, Permatasari DA, Shinta DC. *Urgensi penerapan mekanisme informed consent untuk mencegah tuntutan malpraktik dalam perjanjian terapeutik*. Jul-Des 2015;3(2):110-1.
- Konsil Kedokteran Indonesia tentang Komunikasi Efektif Dokter-Pasien, 2006. p 7-8
- Konsil Kedokteran Indonesia, 2007, *Kemitraan Dalam Hubungan Dokter-Pasien*, *Konsil Kedokteran Indonesia*, Jakarta.
- Kumiati E. *Hukum pidana dan undang-undang praktek kedokteran dalam penanganan malpraktek*. 2016.
- Kuntoro W, Istiono W. Kepuasan Pasien Terhadap Kualitas Pelayanan di Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan Puskesmas Kretek Bantul Yogyakarta. *Jkesvo*. 2017; 2(1): 143
- Kusumaningrum AE. Analisis transaksi terapeutik sarana perlindungan hukum bagi pasien. *Jurnal Ilmiah dunia hukum*. Oktober 2016;1(1):4

- Liliweri, Alo. (2009). *Dasar-dasar Komunikasi Antarbudaya, Cet. IV*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Littlejohn, Stephen W. (1996). *Theories of Human Communication*. Edisi ke-5, Belmont-California, Wadsworth.
- Liu Z, Zhang Y, Asante JO, Huang Y, Wang X, Chen L. Characteristics of medical disputes arising from dental practice in Guangzhou, China: an observational study. *BMJ Open* 2018: 3-4.
- M. Yusuf Hanafiah dan Amri Amir, 1999, *Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan*, EGC, Jakarta.
- Mariska, RF. Opod, H. Hutagalung, BSP. Hubungan Komunikasi Interpersonal dengan Tingkat Kecemasan Pasien Sebelum Tindakan Pencabutan Gigi RSGM Fakultas Kedokteran UNSRAT. *Jurnal Ilmiah Farmasi*. 2016;5(4):34-8
- Mc Quail, Denis. 1996. *Teori Komunikasi Massa*. Jakarta: Erlangga.
- Moeljatno, 1993, *Asas-Asas Hukum Pidana*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Mulyana, Deddy. (2010). *Ilmu Komunikasi Suatu Pengantar, Cet. XIV*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya
- Mustajab. 2013. Analisa Yuridis Hubungan Hukum Antara Dokter Dan Pasien Dalam Pelayanan Kesehatan. *Jurnal ilmu hukum legal opinion*. Ed.4. Vol 1.p.4-5
- Mustajab. Analisis Yuridis Hubungan Hukum Antara Dokter Dan Pasien Dalam Peyanan Kesehatan. *Jurnal Ilmu Hukum Legal Opinion*. 2013; 4(1) : 2-3
- Nagelberg, R. Medical Errors in Dentistry. *Journal of Dental Education*, PennWell Publishing. 2015
- Nasser M. *Sengketa medis dalam pelayanan kesehatan*. 2013

- Ninik Mariyanti, 1998, *Malpraktek Kedokteran Dari Segi Hukum Pidana dan Perdata*, Bina Aksara, Jakarta.
- Njoto H. Pertanggungjawaban Dokter Dan Rumah Sakit Akibat Tindakan Medis Yang Merugikan Dalam Perspektif UU No.44 Th 2009 Tentang Rumah Sakit. *Jurnal Ilmu Hukum*. 2011; 7(14) : 59
- Novika RO. Kedudukan hukum perjanjian terapeutik (antara rumah sakit dan pasien) dalam persetujuan tindakan medik menurut kitab undang-undang hukum perdata. *JOM Fak Hukum*. 2015; 2(1).
- Nuryanto A. Model Perlindungan Hukum Profesi Dokter Oleh. *Jurisprudence*. Vol 1(1); Juli 2012. p 4-6
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 69 Tahun 2014 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien pasal 1.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 69 Tahun 2014 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien pasal 24.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 69 Tahun 2014 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien pasal 28.
- Purwadi A. Prinsip Praduga Selalu Bertanggung-gugat Dalam Sengketa Medik. *Padjajaran Jurnal Ilmu Hukum*. 2017;4(1):109-13.
- Ramadanty S. Penggunaan komunikasi fatis dalam pengelolaan hubungan di tempat kerja. *Jurnal Ilmu Komunikasi*, 2014;5(1): 1,3-6
- Realita F, Widanti A, Wibowo DB. Implementasi persetujuan tindakan medis (informed consent) pada kegiatan bakti

- sosial kesehatan di rumah sakit Islam Sultan Agung Semarang. *Jurnal Hukum Kesehatan SOEPRA*. 2016; 2(1): 31-2
- Riedl D, Schussler G. *The influence of doctor-patient communication on health outcomes: A systematic Riview*. 2017: 2
- Rizal R, Suardi M, Yulihastri. Pengaruh Kualitas Pelayanan dan Kepuasan Pasien Peserta BPJS Kesehatan sebagai Mediasi terhadap Loyalitas Pasien. *Jurnal Sains Farmasi &amp; Klinis*. 2017; 3(2): 108
- Saefullah, Ujang. (2007). *Kapita Selekta Komunikasi Pendekatan Budaya dan Agama Cet. I*. Bandung: Simbiosis Rekatama Media.
- Safitri Hariyani, 2005, *Sengketa Medik: Alternatif Penyelesaian Perselisihan Antara Dokter Dengan Pasien*, Jakarta: Diadit Media.
- Sanjaya W, Andi Budimanjaya. *Paradigma baru mengajar*. 1st Ed. Jakarta: Kencana; 2017.pp.1-2
- Setyawan FEB. Komunikasi medis: hubungan dokter-pasien. *Jurnal Unimus*. Ags 2017; 1(4): 52.
- Setyawan, FEB. Komunikasi Medis: Hubungan Dokter-Pasien. *Universitas Muhammadiyah Malang*. 2017;1(4):51-52
- Shannon, Claude & Weaver, W. (1949). *The Mathematical Theory of Communication*. Beverly Hills.
- Siswosaputro Yok A, Herawati Dahlia. 2012. Hubungan Dokter Pasien Sesuai Harapan Konsil Kedokteran Indonesia. *Universitas Gadjah Mada. maj ked Gi* 19(2): 171-175
- Sitohang OE. *Kajian hukum mengenai persetujuan tindakan medis (informed consent) dalam pelayanan kesehatan ditinjau dari aspek hukum perjanjian*. Nov 2017;6(9):53

- Sudarma M. *Sosiologi untuk kesehatan*. Jakarta: Salemba medika; 2008. h. 81.
- Suharjo JB, Cahyono. *Menjadi pasien cerdas*. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama; 2013.h.120
- Syahrul Machmud, 2012, *Penegakan Hukum Dan Perlindungan Hukum Bagi Dokter Yang Diduga Melakukan Medikal Malpraktik*, Karya Putra Darwati, Bandung.
- Syahrul Mahmud, 2008, *Penegakan Hukum dan Perlindungan Hukum Bagi Dokter yang Diduga Melakukan Medikal Malpraktek*, Mandar Maju, Bandung.
- Topic M. *Kasus malpraktik dalam dunia kedokteran*. URL: <http://www.merdeka.com/peristiwa/malpraktik>. 2013.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists Women's Health Care Physicians. Number 439. *Indoemed Consent*. August 2009. p.1-2
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran pasal 50.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran pasal 51.
- Usman TR. *Penyelesaian sengketa medik melalui proses mediasi*. [www.labkesda.kebumenkab.go.id/index.php/2-uncategorised](http://www.labkesda.kebumenkab.go.id/index.php/2-uncategorised) [Diakses pada tanggal 30 Maret 2017]. hlm 1.
- Vardiansyah, Dani. (2008). *Filsafat Ilmu Komunikasi Suatu Pengantar*, Cet. II Jakarta: PT Indeks.
- Wahyuni T, Yanis A, Erly. Hubungan Komunikasi Dokter–Pasien Terhadap Kepuasan Pasien Berobat Di Poliklinik RSUP DR. M. Djamil Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*. 2013;2(3): 175
- Wood, Julia T. (2006). *Communication in Our Lives*, fourth edition. Australia: Thomson Wadsworth.

Yuniar Lestari,dr.Mkes, *Peran kaidah dasar bioetika dalam membingkai profesi kedokteran*. FK. Unand. 2010

Yusuf A. Paradigma ilmiah pada ilmu sosial-budaya kontemporer.  
*Jurnal Kajian Budaya* 2016 : 105-7



**PENGURUS BESAR  
PERSATUAN DOKTER GIGI INDONESIA  
INDONESIAN DENTAL ASSOCIATION**

Sekretariat : Maisonette Kramat Jaya Baru B-15  
Jl. Percetakan Negara II, Jakarta 10560  
Telp. (+62 21) 42886363, 4257974 Fax. (+62 21) 4253861  
Alamat surat : PO Box 4541 Jakarta Pusat 10000  
Email : pbpdgi@cbn.net.id, Homepage : www.pdgi-online.com

**SURAT KEPUTUSAN  
NOMOR: SKEP/034/PB PDGI/V/2008  
TENTANG  
KODE ETIK KEDOKTERAN GIGI INDONESIA  
PENGURUS BESAR PERSATUAN DOKTER GIGI INDONESIA**

- Menimbang : 1. Bahwa dalam mengabdikan profesi kedokteran gigi di Indonesia harus berpedoman pada suatu kode etik profesi  
2. Bahwa pedoman tersebut berupa Kode Etik Kedokteran Gigi Indonesia yang wajib dilaksanakan oleh dokter gigi yang berpraktik di Indonesia  
3. Bahwa Kode Etik Kedokteran Gigi Indonesia, agar terlaksana sebagaimana mestinya, perlu ditetapkan melalui surat keputusan
- Mengingat : 1. Anggaran Dasar PDGI Bab II, pasal 4, 5 dan 6  
2. Anggaran Dasar PDGI Bab III, pasal 1 dan 2

**MEMUTUSKAN**

- Menetapkan : Keputusan Pengurus Besar Persatuan Dokter Gigi Indonesia tentang Kode Etik Kedokteran Gigi Indonesia
- Pertama : Kode Etik Kedokteran Gigi Indonesia hasil Kongres PDGI ke XXII tahun 2005 dinyatakan tidak berlaku lagi
- Kedua : Penerapan Kode Etik Kedokteran Gigi Indonesia hasil Kongres PDGI XXIII tahun 2008 sebagai pedoman pelaksanaan etika profesi kedokteran gigi yang wajib ditaati oleh dokter gigi yang bekerja di Indonesia
- Ketiga : Badan Pengurus dan Badan Kelengkapan PDGI wajib menyebarluaskan Kode Etik Kedokteran Gigi Indonesia kepada seluruh anggota
- Keempat : Surat keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan. Apabila kemudian hari terdapat kekeliruan, akan diperbaiki sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Jakarta  
Pada tanggal : 5 Mei 2008

PENGURUS BESAR  
PERSATUAN DOKTER GIGI INDONESIA  
SEKRETARIS JENDERAL

KETUA UMUM

drg. Zaura Rini Anggraeni, MDS  
NA : 1105.103343



Dr. drg. Hananto Seno, SpBM, MM  
NA : 1105.100981

**LAFAL SUMPAH DOKTER GIGI  
INDONESIA**

Sesuai SK Menkes No 434/Menkes/SK/X/1983

*Demi Allah saya bersumpah bahwa :*

*Saya, akan membaktikan hidup saya guna kepentingan perikemanusiaan,*

*Saya akan memelihara dengan sekuat tenaga martabat dan tradisi luhur profesi Dokter Gigi,*

*Saya, akan menjalankan tugas saya dengan cara yang terhormat dan bersusila sesuai dengan martabat pekerjaan saya sebagai dokter gigi.*

*Saya, akan marahasiakan segala sesuatu yang saya ketahui sehubungan dengan pekerjaan saya sebagai dokter gigi.*

*Saya tidak akan mempergunakan pengetahuan kedokteran gigi saya untuk sesuatu yang bertentangan dengan perikemanusiaan sekalipun diancam.*

*Saya, akan menghormati setiap hidup insani mulai dari saat pembuahan.*

*Saya akan senantiasa mengutamakan kesehatan penderita*

*Saya, dalam menunaikan kewajiban terhadap pasien akan berikhtiar dengan sungguh-sungguh tanpa terpengaruh oleh pertimbangan keagamaan, kebangsaan, kesukuan, perbedaan kelamin, politik, kepartaian, dan kedudukan sosial.*

*Saya, akan memberikan kepada guru-guru saya penghormatan dan pernyataan terimakasih yang selayaknya.*

*Saya, akan memperlakukan teman sejawat sebagaimana saya sendiri ingin diperlakukan,*

*Saya akan menaati dan mengamalkan Kode Etik Kedokteran Gigi Indonesia*

*Saya, ikrarkan sumpah / janji dengan sungguh-sungguh serta penuh keinsyafan dan tanggung jawab dengan mempertaruhkan kehormatan diri saya.*

Penjelasan :

Pengucapan sumpah/janji dokter gigi disaksikan Dekan dan Ketua  
Persatuan Dokter Gigi Indonesia atau yang ditunjuk.

Bagi yang tidak mengucapkan sumpah, kata sumpah diganti dengan janji.

**KODE ETIK  
KEDOKTERAN GIGI INDONESIA**

**MUKADIMAH**

Sejak tumbuhnya Ilmu Kedokteran, umat manusia telah mengakui keluhuran budi dokter sebagai manusia yang selalu memelihara martabat dan tradisi luhurnya .

Para Ahli Kedokteran sejak jaman kuno seperti Hippocrates, Imhotep, Galenos, Ibnu Sina dan Pierre Vouchard telah mempelopori terbentuknya tradisi luhur tersebut dalam bentuk Kode Etik Kedokteran dengan tujuan untuk mengutamakan kepentingan pasien dan menjaga keluhuran profesi Kedokteran.

Bahwa profesi Kedokteran Gigi Indonesia mempunyai tujuan mulia yang sama perlu memiliki kode etik yang dijiwai oleh nilai-nilai Pancasila dan Undang-Undang Dasar 1945, didasarkan pada asas etika yang meliputi: penghargaan atas hak otonomi pasien, mengutamakan kepentingan pasien, melindungi pasien dari kerugian , bertindak adil, dan jujur.

Dengan rahmat Tuhan Yang Maha Esa dan didorong oleh keinginan luhur untuk mewujudkan martabat, wibawa, dan kehormatan Profesi Kedokteran Gigi, maka Dokter Gigi yang tergabung dalam wadah Persatuan Dokter Gigi Indonesia dengan penuh kesadaran dan tanggung jawab menetapkan Kode Etik Kedokteran Gigi Indonesia (Kodekgi ) yang wajib dihayati, ditaati, dan diamalkan, oleh setiap Dokter Gigi yang menjalankan profesinya di wilayah hukum Indonesia.

## KODE ETIK KEDOKTERAN GIGI INDONESIA

### BAB 1 KEWAJIBAN UMUM

#### Pasal 1

**Dokter Gigi di Indonesia wajib menghayati, mentaati dan mengamalkan Sumpah / Janji Dokter Gigi Indonesia dan Kode Etik Kedokteran Gigi Indonesia**

#### Ayat 1

Dalam mengamalkan Sumpah/Janji Dokter Gigi dan Etika Kedokteran Gigi Indonesia, Dokter Gigi wajib menghargai hak pasien dalam menentukan nasib dan menjaga rahasianya, mengutamakan kepentingan pasien, melindungi pasien dari kerugian, memperlakukan orang lain dengan adil, selalu jujur baik terhadap pasien, masyarakat, teman sejawat maupun profesi lainnya, sesuai dengan martabat luhur profesi Dokter Gigi.

#### Pasal 2

**Dokter Gigi di Indonesia wajib menjunjung tinggi norma-norma kehidupan yang luhur dalam menjalankan profesinya.**

#### Ayat 1

Dokter Gigi di Indonesia wajib menghormati norma-norma yang hidup di dalam masyarakat.

#### Ayat 2

Dokter Gigi di Indonesia wajib mentaati peraturan atau undang-undang Republik Indonesia serta aturan-aturan yang dikeluarkan oleh organisasi profesi.

#### Pasal 3

**Dalam menjalankan profesinya Dokter Gigi di Indonesia tidak boleh dipengaruhi oleh pertimbangan untuk mencari keuntungan pribadi**

#### Ayat 1

Dokter Gigi di Indonesia dilarang melakukan promosi dalam bentuk apapun seperti memuji diri, mengiklankan alat dan bahan apapun, memberi iming-iming baik langsung maupun tidak langsung dan lain – lain, dengan tujuan agar pasien datang berobat kepadanya.

#### Ayat 2

Dokter Gigi di Indonesia dilarang menggunakan gelar atau sebutan profesional yang tidak diakui oleh Pemerintah Indonesia.

#### Ayat 3

Dokter Gigi di Indonesia boleh mendaftarkan namanya dalam buku telepon atau direktori lain dengan ketentuan tidak ditulis dengan huruf tebal, warna lain atau dalam kotak.

#### Ayat 4

Informasi profil Dokter Gigi yang dianggap perlu oleh masyarakat dikeluarkan oleh Pemerintah atau Persatuan Dokter Gigi Indonesia baik melalui media cetak maupun elektronik.

#### Ayat 5

Dokter Gigi di Indonesia, apabila membuat blanko resep, kuitansi, amplop, surat keterangan, cap dan kartu berobat harus sesuai dengan yang tercantum dalam SIP. Seandainya tempat praktik berlainan dengan rumah dapat ditambahkan alamat dan nomor telepon rumah.

#### Ayat 6

Dokter Gigi di Indonesia dalam melaksanakan upaya pelayanan kesehatan gigi swasta dapat melalui beberapa cara ;  
praktik perorangan dokter gigi  
praktik perorangan dokter gigi spesialis  
praktik berkelompok dokter gigi  
praktik berkelompok dokter gigi spesialis

6.1 Untuk praktik berkelompok harus diberi nama tertentu yang diambil dari nama orang yang berjasa dalam bidang kesehatan yang telah meninggal dunia atau nama lain sesuai fungsinya.

6.2 Dokter Gigi di Indonesia yang melakukan praktik berkelompok baik masing-masing maupun sebagai kelompok mempunyai tanggung jawab untuk tidak melanggar Kode Etik Kedokteran Gigi Indonesia

#### Ayat 7

##### Papan Nama Praktik

7.1 Papan nama praktik perorangan termasuk neonbox berukuran 40 X 60 cm, maksimal 60 X 90 cm. Tulisan memuat nama, dan atau sebutan professional yang sah sesuai dengan SIP, hari dan jam praktik, Nomor Surat Ijin Praktik, Alamat Praktik dan nomor telepon praktik (bila ada)

7.2 Dokter gigi yang praktik berkelompok papan nama praktiknya ukurannya tidak boleh melebihi 250 x 100 cm. Tulisannya memuat nama praktik dokter gigi/ spesialis berkelompok (misalnya Ibnu Sina), hari dan jam praktik, alamat, nomor telepon, Surat Ijin Penyelenggaraan dan Jenis pelayanan

7.3 Selain tulisan tersebut di 7.1 dan 7.2 tidak dibenarkan menambahkan tulisan lain atau gambar, kecuali yang dibuat oleh PDGI. Dalam hal tertentu, dapat dipasang tanda panah untuk menunjukkan arah tempat praktik, sebanyak-banyaknya dua papan nama praktik.

7.4 Papan nama dasar putih, tulisan hitam dan apabila diperlukan, papan nama tersebut boleh diberi penerangan yang tidak bersifat iklan

7.5 Papan nama praktek bila dianggap perlu bisa disertai bahasa Inggris.

Contoh papan praktik berkelompok

Sesuai buku pedoman praktik berkelompok dokter spesialis

Dirjen Bina YANMED Depkes RI Jakarta 2006 :

<p><b>PRAKTIK BERKELOMPOK DOKTER GIGI SPESIALIS</b>  <b>"IBNU SINA"</b>          Izin No : .....</p> <p>Alamat : Jl. Jakarta No 15          Bandung</p>
---

Spesialis Bedah Mulut Amin , drg., Sp. BM SIP. ....  Senin – Jumat  Jam 09.00 – 14.00	Spesialis Ortodonti Adam drg., Sp. Ort SIP.....  Senin dan Rabu  Jam 17.00 – 20.00	Spesialis Prostodonti Budi., drg.,Sp. Pros SIP.....  Senin s/d Kamis  Jam 17.00 – 20.00
Dokter Gigi Amir, drg  Senin s/d Jumat Jam 10.00 s/d 16.00		

**Pasal 4**

**Dokter Gigi di Indonesia harus memberi kesan dan keterangan atau pendapat yang dapat dipertanggungjawabkan.**

**Ayat 1**

Dokter Gigi di Indonesia tidak dibenarkan memberi jaminan dan/ atau garansi tentang hasil perawatan.

**Ayat 2**

Dokter gigi di Indonesia tidak dibenarkan membuat surat/pernyataan yang tidak sesuai dengan fakta/ kenyataan.

**Pasal 5**

**Dokter Gigi di Indonesia tidak diperkenankan menjangkir pasien secara pribadi, melalui pasien atau agen.**

**Pasal 6**

**Dokter Gigi di Indonesia wajib menjaga kehormatan, kesucilaan, integritas dan martabat profesi dokter gigi**

**Pasal 7**

**Dokter Gigi di Indonesia berkewajiban untuk mencegah terjadinya infeksi silang yang membahayakan pasien, staf dan masyarakat.**

**Pasal 8**

**Dokter Gigi di Indonesia wajib menjalin kerja sama yang baik dengan tenaga kesehatan lainnya.**

**Pasal 9**

**Dokter Gigi di Indonesia dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, wajib bertindak sebagai motivator, pendidik dan pemberi pelayanan kesehatan (promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif).**

**BAB II**

**KEWAJIBAN DOKTER GIGI TERHADAP PASIEN**

**Pasal 10**

**Dokter Gigi di Indonesia wajib menghormati hak pasien untuk menentukan pilihan perawatan dan rahasianya.**

**Ayat 1**

Dokter Gigi di Indonesia wajib menyampaikan informasi mengenai rencana perawatan dan pengobatan beserta alternatif yang sesuai dan memperoleh persetujuan pasien dalam mengambil keputusan.

**Ayat 2**

Dokter Gigi di Indonesia wajib menghormati hak pasien bila menolak perawatan dan pengobatan yang diusulkan dan dapat mempersilahkan pasien untuk mencari pendapat dari profesional lain (*second opinion*).

**Ayat 3**

Dokter Gigi di Indonesia wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan setelah pasien meninggal dunia. Rahasia pasien hanya dapat dibuka berdasarkan ketentuan peraturan undang-undang, diminta oleh Sidang Pengadilan, dan untuk kepentingan pasien atau masyarakat.

#### **Pasal 11**

#### **Dokter Gigi di Indonesia wajib melindungi pasien dari kerugian.**

##### **Ayat 1**

Dalam memberikan pelayanan dokter gigi di Indonesia wajib bertindak efisien, efektif dan berkualitas sesuai dengan kebutuhan dan persetujuan pasien.

##### **Ayat 2**

Dalam hal ketidakmampuan melakukan pemeriksaan atau pengobatan, dokter gigi wajib merujuk pasien kepada dokter gigi atau profesional lainnya dengan kompetensi yang sesuai.

##### **Ayat 3**

Dokter Gigi di Indonesia yang menerima pasien rujukan wajib mengembalikan kepada pengirim disertai informasi tindakan yang telah dilakukan berikut pendapat dan saran secara tertulis dalam amplop tertutup.

##### **Ayat 4**

Dokter Gigi di Indonesia wajib memberikan ijin kepada pasien yang ingin melanjutkan perawatannya ke dokter gigi lain dengan menyertakan surat rujukan berisikan rencana perawatan, perawatan atau pengobatan yang telah dilakukan, dilengkapi dengan data lainnya sesuai kebutuhan.

#### **Pasal 12**

#### **Dokter Gigi di Indonesia wajib mengutamakan kepentingan pasien.**

##### **Ayat 1**

Dokter Gigi di Indonesia dalam melayani pasien harus selalu mengedepankan ibadah dan tidak semata mata mencari materi.

##### **Ayat 2**

Dokter Gigi di Indonesia wajib memberikan pertolongan darurat dalam batas-batas kemampuannya sebagai suatu tugas kemanusiaan, kecuali bila ia yakin ada orang lain yang lebih mampu melakukannya.

##### **Ayat 3**

Dokter Gigi di Indonesia wajib mendahulukan pasien yang datang dalam keadaan darurat.

##### **Ayat 4**

Dokter Gigi di Indonesia wajib memberitahukan pasien bagaimana cara memperoleh pertolongan bila terjadi situasi darurat.

#### **Pasal 13**

**Dokter gigi di Indonesia wajib memperlakukan pasien secara adil.**

##### **Ayat 1**

Dokter Gigi di Indonesia tidak boleh menolak pasien yang datang ke tempat praktiknya berdasarkan pertimbangan status sosial-ekonomi, ras, agama, warna kulit, jenis kelamin, kebangsaan, penyakit dan kelainan tertentu.

##### **Ayat 2**

Dokter Gigi di Indonesia tidak dibenarkan menuntut imbalan jasa atas kecelakaan/kelalaian perawatan yang dilakukannya.

#### **Pasal 14**

**Dokter Gigi di Indonesia wajib menyimpan, menjaga dan merahasiakan RekamMedikPasien.**

### **BAB III**

#### **KEWAJIBAN DOKTER GIGI TERHADAP TEMAN SEJAWAT**

#### **Pasal 15**

**Dokter Gigi di Indonesia harus memperlakukan teman sejawatnya sebagaimana ia sendiri ingin diperlakukan.**

##### **Ayat 1**

Dokter Gigi di Indonesia wajib memelihara hubungan baik dengan teman sejawat, baik dalam kehidupan pribadi maupun dalam menjalankan profesi. Pengalaman atau pengetahuan yang diperoleh hendaknya diinformasikan kepada teman sejawat yang lain.

##### **Ayat 2**

Sopan santun dan saling menghargai sesama teman sejawat harus selalu diutamakan. Pembicaraan mengenai teman sejawat yang menyangkut pribadi atau dalam memberi perawatan harus disikapi secara benar, informatif dan dapat dipertanggung jawabkan tanpa menyalahkan pihak lain

##### **Ayat 3**

Dalam menghormati azas hidup berdampingan dan kerjasama antar sejawat, jasa perawatan tidak selayaknya dibebankan pada teman sejawat maupun keluarganya. Perawatan yang membutuhkan biaya bahan dan pekerjaan laboratorium hendaknya dipungut tidak lebih dari biaya bahan dan pekerjaan laboratorium yang dikeluarkan.

##### **Ayat 4**

Dalam melaksanakan kerjasama, segala bentuk perbedaan pendapat mengenai cara perawatan, pembagian honorarium hendaknya tidak perlu terjadi dan apabila terjadi, hendaknya dapat diselesaikan secara

musyawarah, apabila musyawarah tidak tercapai, maka dapat meminta pertolongan kepada Organisasi Profesi tanpa melibatkan pihak lain.

**Ayat 5**

Apabila akan membuka praktik disuatu tempat sebaiknya memberitahukan terlebih dahulu kepada teman sejawat yang praktiknya berdekatan.

**Ayat 6**

Dalam menulis surat rujukan seyogianya memperhatikan tata krama dengan isi meliputi : Teman sejawat yang dituju, identitas pasien, kondisi / masalah pasien dan bantuan yang diharapkan serta ucapan terima kasih.

**Ayat 7**

Apabila merujuk atau menerima rujukan pasien, para pihak tidak dibenarkan meminta atau memberi imbalan (komisi).

**Pasal 16**

**Dokter Gigi di Indonesia apabila mengetahui pasien sedang dirawat dokter gigi lain tidak dibenarkan mengambil alih pasien tersebut tanpa persetujuan dokter gigi lain tersebut kecuali pasien menyatakan pilihan lain.**

**Pasal 17**

**Dokter Gigi di Indonesia, dapat menolong pasien yang dalam keadaan darurat dan sedang dirawat oleh dokter gigi lain, selanjutnya pasien harus dikembalikan kepada Dokter Gigi semula, kecuali kalau pasien menyatakan pilihan lain.**

**Pasal 18**

**Dokter Gigi di Indonesia apabila berhalangan melaksanakan praktik, harus membuat pemberitahuan atau menunjuk pengganti sesuai dengan aturan yang berlaku.**

**Pasal 19**

**Dokter Gigi di Indonesia seyogianya memberi nasihat kepada teman sejawat yang diketahui berpraktik di bawah pengaruh alkohol atau obat terlarang. Apabila dianggap perlu dapat melaporkannya kepada Organisasi Profesi**

**BAB IV  
KEWAJIBAN DOKTER GIGI TERHADAP DIRI SENDIRI**

**Pasal 20**

**Dokter Gigi di Indonesia wajib mempertahankan dan meningkatkan martabat dirinya.**

**Ayat 1**

Dokter Gigi di Indonesia harus meyakini bahwa kehidupan pribadinya terikat pada status profesi.

**Ayat 2**

Dokter Gigi di Indonesia harus memelihara kehormatan, kesucian, integritas dan martabat profesi.

**Ayat 3**

Dokter Gigi di Indonesia harus menghindari perilaku yang tidak profesional.

**Ayat 4**

Dokter Gigi di Indonesia harus menghindari penggunaan sertifikat, tanda penghargaan dan tanda keanggotaan yang tidak sesuai dengan kompetensi yang diakui oleh pemerintah.

**Pasal 21**

Dokter Gigi di Indonesia wajib mengikuti secara aktif perkembangan etika, ilmu pengetahuan dan teknologi khususnya di bidang kedokteran gigi, baik secara mandiri maupun yang diselenggarakan oleh Organisasi Profesi.

**Pasal 22**

Dokter Gigi di Indonesia tidak boleh menyelenggarakan kegiatan pendidikan dan pelatihan kedokteran gigi tanpa izin dari Organisasi Profesi.

**Pasal 23**

Dokter Gigi di Indonesia wajib menjaga kesehatannya supaya dapat bekerja dengan optimal.

**BAB V  
PENUTUP**

Etik Kedokteran Gigi Indonesia wajib dihayati dan diamalkan oleh setiap Dokter Gigi di Indonesia. Peningkaran terhadapnya akan menyebabkan kerugian baik bagi masyarakat maupun bagi dokter gigi sendiri. Akibat yang paling tidak dikehendaki adalah rusaknya martabat dan tradisi luhur profesi kedokteran gigi yang harus dijaga bersama. Oleh karena itu semua dokter gigi di Indonesia bersepakat, bagi dokter gigi yang melanggar Kodeki wajib ditindak dan diberi hukuman sesuai dengan tingkat kesalahannya.

Jakarta,  
Pengurus Besar Persatuan Dokter Gigi Indonesia

Zaura Anggraeni Matram, drg., MDS  
Ketua

Kelompok Kerja " Rancangan Kode Etik Kedokteran Gigi Indonesia"

Ketua : Adang Sudjana Utja, drg.MS. (merangkap anggota)

Sekretaris: Iwan Ahmad M, drg.Sp.KGA (merangkap anggota)

Anggota : Dede Soetardjo, drg.SKM.

Ellen Latjeno Saboe, drg.,Mkes

Dr.Grita Sudjana, drg. MHA.

Ida Ayu Evangelina., drg.,Sp.Orth.

Moch.Endang Daud, drg.,Sp.BM.,DSS

Muslich Mahmud, drg.,Sp.Pros.

Prof.Dr.R.M.Richata Fadil, drg.,Sp.KG

Prof.Dr.Soehardjo, drg.,MS.,Sp.RKG

Sri Susilawati, drg.,Mkes

Prof.Tet Soeparwadi, drg.,Sp.BM.

**FUAD HUSAIN AKBAR** adalah staf pengajar di Departemen Ilmu Kesehatan Gigi Masyarakat, Fakultas Kedokteran Gigi, Universitas Hasanuddin, Lahir di Kota Makassar, 26 Agustus 1985. Lulus dan menerima gelar sarjana Kedokteran Gigi (SKG) pada tahun 2008 di Universitas Hasanuddin, setelah itu dia melanjutkan pendidikannya dan berhasil lulus sebagai Master Kesehatan (M.Kes) pada tahun 2010 dengan kajian tesis dalam bidang Manajemen Pelayanan Kesehatan. Selanjutnya dia meneruskan kuliah S3 di Universitas Kebangsaan Malaysia dan lulus dengan gelar Doctor of Philosophy (Ph.D) pada tahun 2016 dengan kajian Disertasi mengenai Kualitas Pelayanan Kesehatan Gratis Di Rumah Sakit Kota Makassar.



**BURHANUDDIN DAENG PASIGA** Lahir di Bima, 14 Desember 1955. Aktif sebagai Staf Pengajar dan Guru Besar pada Fakultas Kedokteran Gigi Unhas. Mengampu mata kuliah Ilmu Komunikasi dalam bidang kedokteran Gigi. Menyelesaikan pendidikan Strata tiga (S3) di Unhas. Mantan Wakil Dekan II FKG Unhas ini aktif di beberapa Organisasi, saat ini juga diberi tugas tambahan sebagai Ketua Departemen Ilmu Kesehatan Gigi Masyarakat FKG Unhas.



**MUH. HASRUL**, Lahir 18 April 1981 di Gowa. Aktif sebagai Staf Pengajar pada Fakultas Hukum Unhas. Menyelesaikan pendidikan semua Strata di Universitas Hasanuddin dan Mengampu beberapa Mata kuliah diantaranya Pengantar Ilmu Hukum, Hukum Pelayanan Publik. Telah menulis beberapa Buku diantaranya, "Hukum Kelembagaan Negara", Saat ini juga diberi tugas tambahan sebagai Wakil Dekan Bidang Kemahasiswaan, Alumni dan Kemiteraan Fak.Hukum Unhas, Pernah menjadi Ketua LBH Unhas. Aktif di beberapa Organisasi; KNPI, PMI, dan Organisasi Profesi Asosiasi Pengajar.



**NOSAKROS ARYA** adalah staf pengajar di Departemen Ilmu Komunikasi, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Hasanuddin, Indonesia. Lahir di Menge (Kab Wajo) pada 18 November 1985. Mengampu mata kuliah Produksi Siaran Televisi, Sinematografi, dan Desain Grafis Animasi. Saat ini fokus pada penelitian dan pengabdian masyarakat yang bersifat literasi new media.



Penerbit:



**UPT UNHAS PRESS**

Gedung UPT Unhas Press  
Kampus Unhas Tamalanrea, Jl. Perintis Kemerdekaan Km.10  
e-mail: unhaspress@gmail.com  
Makassar

ISBN 978-979-530-255-1

