

Analisis Kasus Gugatan Medis di Rumah Sakit Harapan Bunda Batam

Made Tantra Wirakesuma¹, Purnawan Junaidi², Setiadi Syarli^{3*}

¹ Institut Kesehatan Mitra Bunda

² Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

³ Institut Kesehatan Mitra Bunda

Email: eetsyarli@gmail.com (korespondensi)

Abstract

Background This Tesis study about factors that influence medical accusation in the hospital. **Purpose.** This study purposed to analyze influence factor related with medical accusation in Harapan Bunda Batam Hospital. **Metode.** This research is kualitatif research with descriptive design. Processing of data collection by primary data and secondary data. Primary data collected by medical record of patients who claim to hospital and deep interview with interrelated party. Secondary data collected by investigation of library document. **Result.** This study give strategic suggestion and operational suggestion to minimalized medical accusation in hospital and give solution to minimalized hospital loss by medical accusation.

Keywords: Medical Accusation, medical record, hospital losses

Abstrak

Latar belakang Tesis ini membahas mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya gugatan medis di Rumah Sakit. **Tujuan** : Menganalisis faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kejadian kasus gugatan medis di RS Harapan Bunda.

Metode Penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan desain deskriptif. Pengumpulan data dilakukan dengan data primer melalui penelitian arsip yang dilakukan dengan penelusuran rekam medis pasien yang melakukan gugatan medis, dan melakukan wawancara mendalam dengan pihak-pihak terkait. Sedangkan data sekunder diperoleh melalui penelusuran bahan-bahan pustaka.

Hasil penelitian memberikan saran strategis dan saran operasional untuk meminimalisir terjadinya gugatan medis di Rumah Sakit dan dapat memberikan solusi yang meminimalisir kerugian RS apabila terjadi gugatan medis.

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

dikirim: 7 Desember
2020
diterbitkan: 28 Februari
2020

PENDAHULUAN

Rumah Sakit adalah suatu organisasi yang unik, merupakan perpaduan pelayanan medik dengan service secara bersamaan. Perkembangan ilmu dan teknologi kesehatan yang semakin pesat telah membawa manfaat yang besar untuk terwujudnya derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Perkembangan ini juga diikuti dengan perkembangan hukum di bidang kesehatan, sehingga secara bersamaan para pelaku kesehatan, terutama dokter, menghadapi masalah hukum yang timbul dari kegiatan, perilaku, sikap dan kemampuan menjalankan profesi kesehatan. Seiring dengan itu suara-suara yang menuntut agar hukum memainkan perannya guna melindungi pasien dari tindakan malapraktek terdengar semakin keras (Nasution, 2005). Banyak kasus-kasus yang diangkat ke pengadilan dengan gugatan perdata atau tuntutan pidana akibat terjadinya malapraktek atau kurang memadainya pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien.

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

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

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

1. Dokter dan staf yang ditunjuk belum trampil untuk mengelola keluhan atau komplain yang disampaikan oleh pasien. Sering terjadi emosi pasien atau keluarganya malah semakin meninggi

akibat kurang terampilnya Dokter dan staf untuk menenangkan pasien.

2. Dokter dan staf yang ditunjuk belum sepenuhnya memahami alur proses penanganan sengketa medis di RS Harapan Bunda.
3. Pelaporan kepada Direksi tidak disertai dokumen yang lengkap, sehingga

Direksi kesulitan untuk menganalisa kasus sengketa medis tersebut.

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

Studi ini bertujuan untuk mengidentifikasi faktor yang berpengaruh dalam gugatan medis secara kualitatif serta merumuskan kebijakan dan langkah yang diambil dalam mencegah kejadian berulang serta meningkatkan kualitas pelayanan Rumah Sakit Harapan Bunda.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif (Bungin Burhan, 2001) , untuk mengetahui suatu gambaran karakteristik mengenai terjadinya gugatan medis di RS Harapan Bunda Batam. Penelitian dilakukan dengan Desain / Rancangan Penelitian : Studi

Kasus. Populasi penelitian : Seluruh dokumen rekam medis dari pasien yang melakukan gugatan medis ke RS Harapan Bunda Batam. Pengumpulan Data Kualitatif dilaksanakan dengan penelusuran pada rekam medis pasien yang melakukan gugatan medis dan wawancara mendalam dengan informan. Agar diperoleh data yang valid dan reliable digunakan alat bantu perekam suara ditambah dengan pencatatan. Analisis data kualitatif dilakukan dengan menggunakan analisis isi yang sebelumnya telah dimasukkan ke matriks. Data dikelompokkan per variable untuk kategori yang sama yang dilengkapi dengan telaah dokumen. Agar terhindar dari bias, data segera dianalisis setelah dilakukan wawancara. Informan dalam penelitian ini adalah dokter spesialis yang sejenis, manajemen RSHB, komite medik RSHB, Organisasi profesi (IDI) dan Pengacara. Pengumpulan data terhadap informan dilakukan dengan wawancara mendalam.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Bagian ini menjelaskan tentang hasil studi kasus, analisa dengan pendekatan secara kualitatif dan hasil observasi yang dilakukan peneliti

a. Berdasarkan hasil analisis kasus yang telah dilakukan oleh peneliti, didapatkan 6 kasus :

1. Kasus pertama

Nama pasien, R, umur 2 tahun, suku bangsa Palembang, pekerjaan orang tua : pekerja di perusahaan pembuatan anjungan minyak, tingkat pendidikan orang tua SMA, Pasien dirawat oleh dr X SpA, yang cukup berpengalaman. Pada tanggal 31 Agustus 2002, pasien tiba-tiba apnoe setelah dilakukan injeksi oleh perawat. Setelah itu pasien koma, dan sempat dirujuk ke RS di Melaka Malaysia. Keluarga pasien menuntut tanggung jawab pihak RS atas kejadian tersebut. Kebijakan RS adalah semua biaya

perawatan dan akomodasi pasien tersebut ditanggung oleh pihak RSHB, dan juga pihak RS memberikan uang saku hati untuk keluarga pasien. Setelah cukup lama dalam kondisi vegetative state, pada tahun 2007 pasien meninggal dunia.

2. Kasus kedua

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

3. Kasus ketiga

Nama pasien MN, umur 51 tahun, menikah, suku bangsa Melayu, pekerjaan : pekerja di perusahaan pembuatan pipa minyak, tingkat pendidikan SMA. Pada tanggal 26 April 2005, os datang ke RSHB ingin cabut plate pada femur sinistra (operasi pemasangan plate sebelumnya dilakukan pada tahun 2002 di RS lain). Setelah dilakukan pemeriksaan oleh Dr Y SpB, maka dilakukan operasi aff plate. Setelah itu ternyata terjadi non union, dan akhirnya pada tanggal 07 Mei 2005

dilakukan operasi ulang (ORIF) oleh Dr YY SpBO. Pasien menuntut agar operasi kedua dibiayai oleh pihak RSHB, karena pasien menganggap telah terjadi kesalahan prosedur pada operasi aff plate sebelumnya. Kebijakan RS adalah memberikan bantuan keringanan biaya pada operasi ulang (ORIF) tersebut.

4. Kasus keempat

Nama pasien Bayi Ny.A, umur 1 hari, suku bangsa Batak, pekerjaan orang tua : karyawan swasta, tingkat pendidikan SMP. Pada tanggal 05 September 2007, Ny A melahirkan di RSHB. Bayi Ny A ditangani oleh Dr R SpA. Saat lahir bayi dinyatakan sehat oleh Dr X SpA. Keesokan hari tanggal 06 September 2007 jam 04.00 WIB, tibatiba bayi apnea dan akhirnya meninggal dunia. Orangtua pasien tidak menerima kondisi tersebut dan bersama sama dengan pihak ke tiga (LSM) menuntut Rumah Sakit dan Dokternya. Kebijakan RS adalah memberikan bantuan uang duka kepada keluarga pasien.

5. Kasus kelima

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

6. Kasus keenam

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

b. Tema Penelitian

Dari hasil analisis wawancara mendalam pada 6 kasus tersebut diatas didapatkan 3 tema utama yang menjadi faktor berpengaruh terhadap gugatan medis di RS Harapan Bunda yaitu : Komunikasi Dokter,

1) Tema 1 : Komunikasi Dokter

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

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

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

"...jelas saja pasien menganggap telah terjadi malpraktek, karena kondisi sebelumnya khan baik..." I-2

"...cukup sulit menjelaskan kondisi ini kepada pasien, kalau kita sih bisa menerima karena bukan anak kita, tetapi coba anak kita

- yang begitu...." I-1
- b) Untuk kasus kedua, ada 3 informan yang menilai komunikasi dokter dianggap kurang jelas
 "...itu sebenarnya masalah komunikasi saja..." I-1
 "...namanya masuk IGD sudah gawat, orang tua pasien panik, ya bisa jadi miskomunikasi..." I-3
 "...harusnya dari awal diberitahu, kondisinya gawat..." I-2
- c) Untuk kasus ke tiga, ada 3 informan yang menilai komunikasi dokter dianggap kurang jelas
 "...Seharusnya segala resiko operasi diinformasikan kepada keluarga pasien..." I-1
 "...Setiap operasi pasti ada resiko gagal meskipun prosentasenya kecil, tinggal jelasin saja ke pasien..." I-3
 "...Ke depannya segala prediksi harus dijelaskan secara mendetail..." I-2
- d) Untuk kasus ke empat, ada 3 informan yang menilai komunikasi dokter dianggap kurang jelas
 "...Kok dibilang sehat, tiba-tiba meninggal, gimana ceritanya..." I-4
 "...Bagusnya bilang yang jelek-jelek aja, kalau kejadian ya memang seperti itu, tetapi kalau membaik dianggap dokternya hebat...ketimbang sebaliknya..." I-3
 "...Dokter jangan ngomong yang baik-baik saja..." I-1
- e) Untuk kasus ke lima, ada 3 informan yang menilai komunikasi dokter dianggap cukup jelas
 "...Kondisinya sudah dijelaskan oleh dokter, dan kasusnya memang sulit, memang keluarga pasien mau nuntut aja..." I-5
 "...Pasien taunya kalau meninggal

itu malpraktek..." I-1

- "...itu kasus yang sulit, dan prognosanya jelek, dan pasti sudah dijelaskan oleh dokternya..." I-2
- f) Untuk kasus ke enam, komunikasi dokter dianggap kurang jelas "...itu pilihan yang sulit, seharusnya dijelaskan oleh dokternya..." I-2 "...mungkin pasien dapat informasi lain dari RS tempat dirujuk itu..."
- g) "...lain kali kalau merujuk perlu koordinasi dulu dengan tempat yang akan dirujuk..." I5

Di Indonesia, sebagian dokter merasa tidak mempunyai waktu yang cukup untuk berbincang-bincang dengan pasiennya, sehingga hanya bertanya seperlunya. Akibatnya, dokter bisa saja tidak mendapatkan keterangan yang cukup untuk menegakkan diagnosis dan menentukan perencanaan dan tindakan lebih lanjut (Endra, 2019). Dari sisi pasien, umumnya pasien merasa dalam posisi lebih rendah di hadapan dokter (superior-inferior), sehingga takut bertanya dan bercerita atau hanya menjawab sesuai pertanyaan dokter saja (Depkes, 2006). Tidak mudah bagi dokter untuk menggali keterangan dari pasien karena memang tidak bisa diperoleh begitu saja. Perlu dibangun hubungan saling percaya yang dilandasi keterbukaan, kejujuran dan pengertian akan kebutuhan maupun kepentingan masing-masing. Dengan terbangunnya hubungan saling percaya, pasien akan memberikan keterangan yang benar dan lengkap sehingga dapat membantu dokter dalam mendiagnosis penyakit pasien secara baik dan memberi obat yang tepat bagi pasien.

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

Menurut laporan Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), dari hasil evaluasi 2840 kasus sentinel event (kejadian yang tak diharapkan fatal) dapat disimpulkan bahwa 65% akar penyebab masalah adalah faktor komunikasi. Komunikasi ini menyangkut banyak hal, komunikasi antar petugas kesehatan sebagai satu tim, komunikasi dokter dengan petugas kesehatan lainnya, dan komunikasi dokter dengan pasien (Cahyono, Suharjo JB, 2008)

Dalam praktik kedokteran, komunikasi sering kurang mendapat perhatian dari para tenaga kesehatan yang lebih mengutamakan ketrampilan klinis, ketimbang meluangkan waktu untuk melakukan komunikasi yang efektif 54% pasien mengeluh, dan 45% pasien minta perhatian, tidak mendapat tanggapan dokter. Bahkan studi lain mengatakan dalam 18 detik pasien mengungkapkan problemnya, dokter menyela ungkapan pasien (Cahyono. Suharjo JB, 2008)

Dalam pembahasan kali ini akan lebih diutamakan mengenai komunikasi dokter dan pasien. Dalam hubungan dokter – pasien, hal penting

yang perlu mendapat perhatian, yaitu bagaimana dokter menempatkan otonomi pasien sebagai individu khususnya dalam pengambilan keputusan medis. Konsekuensinya adalah bagaimana dokter membangun keharmonisan hubungan tersebut melalui komunikasi. Hubungan dokter dan pasien pasti dilandasi dengan komunikasi, kecuali pada pasien tidak sadar, meskipun demikian komunikasi tetap berjalan, paling tidak dengan keluarga pasien.

2) Tema 2 : Ketaatan Dokter Menjalankan SOP

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

“...Kalau dilihat dari SOP, sudah sesuai...” I-2

“...SOP tersebut sesuai dengan sikon RS, tidak harus sama dengan RS lain...” I-1
“...Kalau nggak sesuai SOP berat risikonya...” I-3 “

...Pastilah sesuai SOP...” I-5

Untuk informan yang menyatakan ragu “...kalau sudah sesuai SOP khan seharusnya kondisi pasien baik...” I-4

Sikap dan tindakan yang wajib dilaksanakan oleh dokter diatur dalam berbagai standar. Setidaknya profesi memiliki 3 macam standar, yaitu standar kompetensi, standar perilaku dan standar pelayanan. Standar kompetensi adalah yang biasa disebut sebagai standar profesi. Standar berperilaku diuraikan dalam sumpah dokter, etik kedokteran dan standar perilaku IDI (Pontoh, 2013). Dalam bertindak di suatu sarana kesehatan tertentu, dokter diberi rambu-

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

Demikian pula suatu standar umumnya berbicara tentang suatu situasi dan keadaan yang "normal" (pada clean case) sehingga harus dikoreksi terlebih dahulu untuk dapat diterapkan pada situasi dan kondisi yang tertentu. Banyak hal harus diperhitungkan disini, seperti bagaimana keadaan umum pasien dan faktor-faktor lain yang "memberatkannya"; adakah situasi kedaruratan tertentu, adakah keterbatasan sarana dan/atau kompetensi institusi, adakah keterbatasan waktu, dan lain-lain (Sampurno, 2011).

Dengan melihat uraian tentang kewajiban di atas, maka mudah buat kita untuk memahami apakah arti

penyimpangan kewajiban. Dalam hal ini harus diperhatikan adanya Golden Rule yang menyatakan "What is right (or wrong) for one person in a given situation is similarly right (or wrong) for any other in an identical situation".

Pembelaan dengan mengatakan bahwa tidak ada kewajiban pada pihak dokter hampir tidak mungkin dilakukan, oleh karena pada umumnya hubungan profesional antara dokter dengan pasien telah terbentuk. Sangat jarang kelalaian medis terjadi tanpa adanya hubungan dokter-pasien, seperti pada upaya pertolongan yang dilakukan dokter pada gawat darurat medik yang tidak pada sarana kesehatan. Dengan demikian pembelaan harus ditujukan kepada upaya pembuktian tidak adanya pelanggaran kewajiban yang dilakukan dokter. Pada awalnya tentu saja dibuktikan terlebih dahulu adanya kompetensi dan kewenangan medik pada dokter pada peristiwa tersebut, demikian pula kompetensi dan kewenangan institusi kesehatan tempat terjadinya peristiwa. Berikutnya dinilai apakah terdapat pelanggaran dokter terhadap kewajiban dokter mengikuti pasal-pasal dalam KUHP, UU Kesehatan dan peraturan perundang-undangan lain yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan. Demikian pula pasal-pasal dalam sumpah dokter, etik kedokteran dan standar perilaku IDI, kecuali yang berkaitan dengan standar prosedur / standar pelayanan minimal. Selanjutnya diidentifikasi semua data tentang peristiwa, sehingga "peer group" dapat menyusun standar prosedur operasional dan standar pelayanan medis yang dapat diberlakukan pada situasi dan kondisi yang identik dengan kasus yang dipertanyakan. Dalam hal ini, berbagai keterbatasan yang bersifat lokal dan

“common practice” dapat menyimpangi standar profesi yang bersifat nasional, sepanjang penyimpangan tersebut masih dapat diterima ditinjau dari falsafah dan prinsip pelayanan medik serta state-of-the-art kedokteran.

3) Tema 3 : Kompetensi Dokter

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

a) Untuk kasus ke tiga Ada tiga informan yang meragukan standar pelayanan minimal dari dokter yang menangani pasien tersebut

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

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

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

b) Untuk kasus ke empat Ada tiga informan yang meragukan standar pelayanan minimal dokter yang menangani pasien tersebut.

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

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

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

c) Untuk kasus ke enam Ada tiga informan

yang meragukan standar pelayanan minimal dokter yang menangani pasien tersebut.

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

“...Kenapa tidak dari awal dikoordinasikan dengan Dokter Anak ?...” I-3

“...Itulah akibat karena sedikit-sedikit mau operasi...” I-1

Untuk dapat memperoleh kualifikasi sebagai dokter, setiap orang harus memiliki suatu kompetensi tertentu di bidang medik dengan tingkat yang tertentu pula, sesuai dengan kompetensi yang harus dicapainya selama menjalani pendidikan kedokterannya. Tingkat kompetensi tersebut bukanlah tingkat terendah dan bukan pula tingkat tertinggi dalam kualifikasi tenaga medis yang sama, melainkan kompetensi yang rata-rata (reasonable competence) dalam populasi dokter. Selanjutnya untuk dapat melakukan praktek medis, dokter tersebut harus memiliki kewenangan medis yang diperoleh dari penguasa di bidang kesehatan dalam bentuk ijin praktek. Kewenangan formal diperoleh dengan menerima “surat penugasan” (atau nantinya disebut sebagai Surat Tanda Registrasi), sedangkan kewenangan material diperoleh dengan memperoleh ijin praktek.

Seseorang yang memiliki kewenangan formal dapat melakukan tindakan medis di suatu sarana kesehatan yang sesuai dengan surat penugasannya di bawah supervisi pimpinan sarana kesehatan tersebut, atau bekerja sambil belajar di institusi pendidikan spesialisasi di bawah

supervisi pendidikannya. Sedangkan seseorang yang memiliki kewenangan material memiliki kewenangan penuh untuk melakukan praktik medis di tempat praktiknya, karena SIP dokter menurut UU No.29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran hanya berlaku untuk tiga tempat praktek (Depkes, 2004). Namun demikian tidak berarti dokter tidak diperkenankan melakukan pertolongan atau tindakan medis di tempat lain di seluruh Indonesia.

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

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

tentang Praktik Kedokteran)

Perangkat instruksi / langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu, yang memberikan langkah yang benar dan terbaik berdasarkan konsensus bersama untuk melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh sarana pelayanan kesehatan berdasarkan stand. Kualitas dan profesionalisme para dokter di Indonesia tampaknya mesti ditingkatkan. Rata-rata 5,1 persen dokter tidak lulus dalam Ujian Kompetensi Dokter Indonesia

(UKDI). Dari 27.000 dokter yang diuji dari berbagai bidang, sebanyak 1.370 dokter harus mengikuti ujian ulang. Secara administratif, dokter yang terkait dengan kasus tersebut telah memenuhi syarat-syarat kompetensi yang dipersyaratkan, yang dibuktikan dengan adanya STR (Surat Tanda Registrasi) yang dikeluarkan oleh KKI (Konsil Kedokteran Indonesia) dan adanya SIP (Surat Ijin Praktek) yang dikeluarkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kota Batam.

c. Hasil Observasi

Bagian ini menjelaskan hasil studi yang dilakukan peneliti dengan pendekatan teknik observasi terhadap kelengkapan administratif (SOP, Dokumen Kalibrasi, Dokumen Pemeliharaan Peralatan Medis. Hasil observasi peneliti diperoleh sebagai berikut :

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

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

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Rumah Sakit sebagai Institusi Pelayanan Masyarakat, tidak akan pernah terlepas dari keluhan/ komplain dari pelanggannya. Upaya penanganan keluhan haruslah dipahami secara baik dan benar oleh seluruh petugas Rumah sakit, agar keluhan tersebut tidak menjadi besar dan berkepanjangan yang tentu akan merugikan citra Rumah Sakit dalam jangka panjang. Dari hasil penelitian yang dilakukan, faktor-faktor dominan terjadinya gugatan medis dipengaruhi oleh :

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

B. Saran

1. Saran Strategis

- a. Prioritaskan upaya non litigasi Rumah Sakit harus membuka akses yang seluas-luasnya terhadap pengaduan sengketa medik dengan menyediakan lembaga pengaduan sengketa medik sebagai salah satu cara untuk meredam kekecewaan pasien agar permasalahan tidak melebar dan terekspose secara luas. Upaya-upaya non litigasi (jalur di luar peradilan) adalah upaya-upaya prioritas yang harus dilakukan. Bila tidak ada jalan lain, maka upaya – upaya litigasi (jalur peradilan) yang harus ditempuh. Karena terlepas dari benar salahnya Rumah Sakit dalam kasus hukum pelayanan medis tersebut,

dengan ditempuhnya jalur litigasi akan sangat mempengaruhi citra Rumah Sakit di masyarakat.

- b. Peran serta Pemerintah Daerah Pemerintah Daerah diharapkan berperan lebih aktif sebagai mediator, agar kasus - kasus gugatan medis yang terjadi tidak berkepanjangan dan mengganggu kinerja Rumah Sakit yang membawa dampak terhadap pelayanan kepada masyarakat. Penertiban perlu dilakukan terhadap pihak ke tiga yang mengambil manfaat dari munculnya kasus gugatan medis tersebut, agar peran pihak ke tiga lebih wajar dan proporsional dalam menyikapi kasus tersebut. Perkembangan kasus sengketa medis tidak mudah untuk diprediksi. Campur tangan pihak ke tiga biasanya dapat memanaskan situasi, apalagi kalau dari awal ada niat dan motif dari pihak pasien untuk menuntut ganti rugi kepada pihak Rumah Sakit.
- c. Meningkatkan koordinasi dengan Organisasi Profesi Perlu dilaksanakan koordinasi dengan organisasi profesi agar pertimbangan yang diberikan oleh organisasi profesi dapat dilakukan dalam waktu yang secepatnya.
- d. Bantuan Advokasi Memberi bantuan advokasi, dengan cara Rumah Sakit mempunyai Bagian/ Bidang Hukum di Rumah Sakit atau Rumah Sakit menyewa kuasa hukum yang membantu Rumah Sakit untuk menyelesaikan kasus-kasus hukum di Rumah Sakit, terutama untuk kasus hukum pelayanan medis. Yang perlu diingat, banyak tenaga profesi kesehatan terjebak dalam kasus dugaan malapraktik kedokteran, karena

kesalahan persepsi tentang malapraktik sebagai suatu tindak pidana sehingga mengakibatkan pelecehan profesi kesehatan dan hukum kesehatan yang dapat membahayakan pembangunan bidang kesehatan di Indonesia.

2. Saran Operasional

a. Mengaktifkan kredensial di Rumah Sakit

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

b. Meningkatkan kualitas komunikasi dari Dokter

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

- 1) Membangun hubungan dokter dan pasien
- 2) Membuka pembicaraan / diskusi
- 3) Mengumpulkan informasi
- 4) Mengerti perspektif pasien
- 5) Berbagi informasi
- 6) Mencapai persetujuan terhadap masalah dan rencana

7) Menyampaikan penutup (Makoul, 2001)

- c. Menyempurnakan SOP yang telah ada sesuai dengan perkembangan RS.
- d. Perlu dilaksanakan koordinasi secara reguler dengan pihak media, agar pemberitaan mengenai kasus sengketa medis yang terjadi di Rumah Sakit dapat diberitakan secara berimbang dan proporsional dengan mengedepankan asas praduga tak bersalah.
- e. Pihak RS harus senantiasa memelihara alat-alat kesehatannya agar dapat digunakan sesuai dengan standar yang telah ditentukan. Uji kalibrasi wajib dilakukan minimal setahun sekali.
- f. Rumah Sakit harus memiliki pedoman untuk penanganan keluhan / komplain di Rumah Sakit. Pedoman tersebut berisi langkah-langkah teknis tentang penanganan keluhan / komplain sampai langkah-langkah teknis seandainya keluhan / komplain tersebut berkembang menjadi sengketa medis dan menjadi kasus hukum pelayanan medis di Rumah Sakit. Perlu dilakukan pelatihan yang berkesinambungan untuk Dokter dan Staf yang ditunjuk mengenai pedoman untuk penanganan keluhan/ komplain tersebut. Pelatihan tersebut setidaknya dilaksanakan dua kali dalam setahun untuk menyegarkan dan mengingatkan kembali kepada Dokter dan Staf yang ditunjuk.
- g. Perundingan dengan pihak pasien / keluarga pasien Berdasarkan pengalaman, maka untuk proses perundingan dengan pihak pasien /keluarga pasien, agar dicapai

kesepakatan yang meminimalkan resiko kerugian pada Rumah Sakit, disarankan :

1) Peserta pertemuan

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

2) Tempat pertemuan

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

3) Pembahasan

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

4) Pengambilan keputusan

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

5) Menghadapi media

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

6) Sosialisasi mengenai liability

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

DAFTAR PUSTAKA

- Bungin Burhan. (2001). *Metodelogi Penelitian Kualitatif*. Jakarta : PT Raja Grafindo Persada, 2008.
- Cahyono. Suharjo JB. (2008). *Komunikasi: Fondasi Hubungan Dokter dan Pasien*. hal 68-7.
- Depkes. (2004). UU No. 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran. *Aturan Praktik Kedokteran*, 157–180.
- Depkes. (2006). *Konsil Kedokteran : Komunikasi Efektif Dokter-Pasien*.
- Endra, F. B. S. (2019). *Pendekatan Pelayanan Kesehatan Dokter Keluarga*. Zifatama Jawa.
- Makoul, G. (2001). Essential elements of

communication in medical encounters: The kalamazoo consensus statement. *Academic Medicine*, 76(4), 390–393. <https://doi.org/10.1097/00001888-200104000-00021>

Nasution, B. J. (2005). *Hukum Kesehatan "Pertanggung Jawaban Dokter."* Rineka Cipta : Jakarta., 2005.

Pontoh, M. R. (2013). *PENEGAKAN HUKUM PIDANA TERHADAP RESIKO MEDIK DAN MALPRAKTEK DALAM PELAKSANAAN TUGAS DOKTER. Vol.2(Lex Crimen).*

Sampurno, B. (2011). *Kompedium Hukum Kesehatan. Pusat Penelitian Dan Pengembangan Sistem Hukum Nasional Badan Pembinaan Hukum Nasional Kementerian Hukum Dan Ham Ri.*