

# DARI PATIENT SAFETY MENUJU DOCTOR SAFETY: UPAYA PERLINDUNGAN TENAGA MEDIS DARI RESIKO GUGATAN/TUNTUTAN HUKUM

**Muh Endriyo Susila**

<sup>1</sup>Program Studi Ilmu Hukum, Fakultas Hukum Universitas Muhammadiyah Yogyakarta  
endriosusila@gmail.com

## Abstrak

*Maraknya gugatan/tuntutan hukum terhadap dokter telah menempatkan dokter pada posisi rentan. Situasi ini telah memicu munculnya orientasi baru di kalangan dokter, terutama yang bekerja di rumah sakit. Dalam menjalankan pekerjaan profesionalnya, selain berorientasi pada keselamatan pasien (patient safety), dokter juga harus memikirkan keselamatan dirinya sendiri (doctor safety). Selain berupaya agar pasien yang ditangani terhindar dari berbagai resiko yang tidak dikehendaki, pada saat yang sama dokter juga berupaya agar terhindar dari resiko digugat/dituntut oleh pasien yang ditangani. Orientasi pada keselamatan dokter mestinya juga menjadi tanggung jawab institusi bukan semata-mata urusan individu, sebab jika dokter harus memikirkan sendiri keselamatan dirinya hal demikian dapat mengganggu konsentrasinya dalam memberikan pelayanan medis. Dalam hal ini pihak manajemen rumah sakit dituntut untuk mampu memadukan program patient safety dengan program doctor safety agar terwujud kenyamanan bekerja yang pada gilirannya akan mendorong terwujudnya kualitas pelayanan kesehatan yang baik.*

*Makalah ini menjelaskan tentang pelaksanaan program patient safety di rumah sakit dan pengaruhnya dalam mengurangi resiko terjadinya adverse event yang sering menjadi pemicu timbulnya gugatan/tuntutan hukum pada pihak tenaga medis dan/atau rumah sakit. Selanjutnya makalah ini juga menjelaskan upaya yang dilakukan oleh pihak rumah sakit dalam memberikan perlindungan kepada tenaga medis dari resiko gugatan/tuntutan hukum pihak pasien.*

*Kata Kunci: Patient Safety, Adverse Event, Sengketa Medis, Perlindungan Hukum, dan Doctor Safety*

## Pendahuluan

### A. Latar Belakang

Maraknya gugatan/tuntutan hukum terkait kasus dugaan malpraktik medis telah menempatkan dokter pada posisi yang rentan. Profesi kedokteran sekarang ini harus menghadapi tiga tantangan sekaligus; masyarakat yang semakin *litigious*, mafia hukum yang mengambil kesempatan dalam kesempitan, serta media masa yang cenderung berpihak pada pasien. Situasi semacam ini telah memicu munculnya orientasi baru di kalangan tenaga medis, terutama yang bekerja di rumah sakit-rumah sakit. Dalam menjalankan pekerjaan profesionalnya, selain berorientasi pada keselamatan pasien (*patient safety*), mereka juga harus memikirkan keselamatan diri mereka sendiri (*doctor safety*). Selain berupaya agar pasien yang ditangani terhindar dari berbagai resiko yang tidak dikehendaki, pada saat yang sama mereka juga berupaya agar terhindar dari resiko digugat/dituntut oleh pasien yang mereka tangani.

Sengketa medis boleh jadi masih dianggap sebagai sesuatu yang tidak masuk akal bagi kalangan profesi medis. Mereka bekerja dengan iktikad baik menolong pasien untuk memperoleh kesembuhan, tetapi tidak jarang hal itu justru berakhir menjadi sebuah sengketa di pengadilan. Maraknya gugatan/tuntutan hukum terhadap dokter dapat memicu munculnya praktik *defensive medicine*, yaitu praktik kedokteran yang berorientasi pada upaya pengamanan diri (*self defense*). Dalam hal ini dokter tidak lagi menjadikan faktor keselamatan pasien menjadi orientasi utama, tetapi justru berorientasi pada keselamatan dirinya sendiri. Berbagai langkah dilakukan untuk mengantisipasi kemungkinan munculnya gugatan/tuntutan hukum dari pihak pasien di kemudian hari. Langkah-langkah antisipasi itu antara lain dilakukan dengan cara menghindari tindakan medis yang beresiko tinggi atau melakukan prosedur pemeriksaan yang sebenarnya tidak perlu (*unnecessary medical procedure*).

Pola seperti ini menimbulkan dampak buruk baik bagi pihak pasien maupun masyarakat secara luas. Biaya pengobatan menjadi semakin tinggi, dan akses masyarakat terhadap kesehatan jadi menurun. Hal demikian tentu saja berpotensi melanggar salah satu hak dasar masyarakat yaitu hak untuk sehat sebagaimana diatur dalam Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan (UU Kesehatan 2009).

Kekhawatiran atau ketakutan para dokter terhadap resiko gugatan/tuntutan hukum bisa dimaklumi mengingat proses hukum membawa dampak negatif yang besar bagi pihak dokter dan/atau rumah sakit. Sebenarnya undang-undang telah menjamin bahwa setiap dokter berhak memperoleh perlindungan hukum sepanjang melakukan tugas sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional, namun demikian, tetap saja hal itu tidak dapat menghilangkan sama sekali kekhawatiran atau ketakutan para dokter. Meskipun dalam sebuah perkara posisi dokter secara hukum benar dan perkaranya dimenangkan oleh pengadilan, namun proses litigasi yang telah dijalani tetap saja mengakibatkan kerugian baik materiil maupun imateriil.

Kekhawatiran atau ketakutan para dokter sebagaimana telah disebutkan di atas tidak sekedar perlu dimaklumi, tetapi harus benar-benar dicarikan solusinya. Bekerja dalam suasana tertekan atau terancam bukan saja mengakibatkan ketidaknyamanan, tetapi juga berpotensi menimbulkan dampak negatif lanjutan, terutama pihak dokter menjadi kehilangan fokus terhadap aspek *patient safety* karena terlalu berorientasi pada *doctor safety*. Dalam hal ini pihak rumah sakit secara kelembagaan harus memikirkan upaya bagaimana memberikan rasa aman kepada pihak dokter yang bekerja di rumah sakit tersebut.

## B. Rumusan Masalah

Kecenderungan masyarakat (pasien) untuk menggugat/menuntut dokter dan/atau pihak rumah sakit merupakan bencana bagi kalangan profesi kedokteran serta pihak manajemen rumah sakit. Secara realita, sengketa medis adalah obyek publikasi yang bagus bagi pihak media dan lahan yang menarik bagi kalangan pengacara untuk kepentingan advokasi. Namun bagi pihak dokter/rumah, sakit sengketa medis merupakan mimpi buruk yang menguras emosi, finansial serta reputasi. Berdasarkan uraian di atas, permasalahan yang dikaji dalam makalah dirumuskan sebagai berikut:

1. Sejauh manakah program *patient safety* yang telah diterapkan di rumah sakit-rumah sakit di Indonesia mampu mencegah atau mengurangi resiko terjadinya *adverse event* yang sering menjadi pemicu timbulnya gugatan/tuntutan hukum terhadap tenaga medis dari pihak pasien?
2. Upaya-upaya apa sajakah yang dapat ditempuh oleh pihak manajemen rumah sakit untuk melindungi tenaga kesehatan khususnya tenaga medis dari resiko gugatan/tuntutan hukum dari pihak pasien?

## C. Metode Penelitian

### a) Jenis Penelitian

Penelitian yang dilakukan termasuk jenis penelitian hukum normatif-empiris yakni kombinasi antara penelitian hukum normatif (*normative legal research*) yang berorientasi pada aktifitas mengkaji bahan-bahan hukum dengan penelitian hukum empiris (*empirical legal research*) yang berorientasi pada aktifitas mengkaji data-data lapangan.

### b) Bahan Penelitian

Sesuai dengan jenis penelitiannya yakni penelitian hukum normatif-empiris, maka data penelitiannya berupa data lapangan (data primer) dan data sekunder yang berupa bahan-bahan hukum yang dapat diuraikan lebih lanjut sebagai berikut:

Data lapangan (data primer) berupa segala informasi terkait upaya perlindungan tenaga medis dari resiko gugatan/tuntutan hukum dari pihak pasien yang telah dilakukan di dua rumah sakit; yaitu RSUD Panembahan Senopati Bantul dan RSUD Wonosari Gunung Kidul.

Bahan-bahan hukum terdiri dari bahan hukum primer yaitu bahan-bahan hukum yang mengikat, berupa peraturan perundang-undangan dan bahan hukum sekunder yaitu bahan hukum yang bersifat memberikan penjelasan atas bahan-bahan hukum primer yang terdiri dari buku-buku, paper, artikel, dan lain-lain.

## d) Pengumpulan Bahan Hukum

Bahan penelitian yang berupa data lapangan (data primer) diperoleh dengan cara melakukan penelitian lapangan di rumah sakit-rumah sakit yang telah ditunjuk sebagai responden dalam penelitian ini. Penelitian lapangan dilakukan dengan metode wawancara terhadap responden/narasumber yang kompeten yang ditunjuk oleh serta mewakili pihak manajemen rumah sakit berkenaan.

Bahan penelitian yang berupa bahan-bahan hukum dikumpulkan dengan cara melakukan studi kepustakaan. Studi kepustakaan dilakukan dengan cara membaca dan mengkaji secara cermat bahan-bahan hukum tersebut, baik yang berupa peraturan perundang-undangan yang terkait serta buku-buku, paper, atau artikel yang relevan guna memperoleh pemahaman yang mendalam sehingga dapat diolah dan dianalisis dengan baik.

## e) Analisis Bahan Hukum

Bahan-bahan hukum serta data yang diperoleh melalui penelitian lapangan disusun secara sistematis sehingga diperoleh gambaran yang menyeluruh mengenai sistem perlindungan tenaga medis terhadap resiko gugatan/tuntutan hukum dari pihak pasien di berbagai rumah sakit yang telah ditunjuk sebagai responden dalam penelitian ini. Selanjutnya bahan-bahan penelitian tersebut akan dianalisis dengan menggunakan metode analisis deskriptif-kualitatif. Yang dimaksud dengan deskriptif adalah menggambarkan secara jelas keadaan-keadaan senyataannya dan kualitatif adalah menguraikan data yang diperoleh dari hasil penelitian untuk mendapatkan suatu makna dan pengertian tertentu.

## D. Hasil dan Pembahasan

### A. Patient Safety: Konsep dan Sejarahnya

#### 1. Konsep Patient Safety

Secara bahasa *patient safety* bermakna keselamatan pasien, yakni terhindarnya pasien dari berbagai resiko cedera. Dalam konteks pelayanan kesehatan di rumah sakit, *patient safety* adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien di rumah sakit menjadi lebih aman. Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Rhudy Marseno: 2011)

Menurut buku Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety) yang diterbitkan oleh Departemen Kesehatan, keselamatan pasien (*patient safety*)

adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi: asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko. Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan (Departemen Kesehatan RI: 2006)

Tujuan-tujuan yang hendak dicapai melalui program keselamatan pasien adalah:

- Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit;
- Meningkatnya akutanbilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat;
- Menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit; dan
- Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan (*Ibid*).

## 2. Sejarah Patient Safety

Diskursus mengenai sejarah *patient safety* biasanya dikaitkan dengan laporan Institute of Medicine (IOM) Amerika Serikat yang dirilis pada tahun 2000 dengan judul ‘To Err is Human: Building a Safer Health Sistem’ dan data WHO (World Alliance for Patient Safety, Forward Program, 2004) tentang pelayanan pasien rawat inap di berbagai negara (*Ibid*)

Laporan IOM mengemukakan hasil penelitian di rumah sakit di Utah dan Colorado serta New York. Di Utah dan Colorado ditemukan KTD (*Adverse Event*) sebesar 2,9 %, dimana 6,6 % diantaranya meninggal. Sedangkan di New York KTD adalah sebesar 3,7 % dengan angka kematian 13,6 %. Angka kematian akibat KTD pada pasien rawat inap di seluruh Amerika yang berjumlah 33,6 juta per tahun berkisar 44.000 – 98.000 per tahun (*Ibid*: hal 4).

Publikasi WHO pada tahun 2004, mengumpulkan angka-angka penelitian rumah sakit di berbagai Negara : Amerika, Inggris, Denmark, dan Australia, ditemukan KTD dengan rentang 3,2 – 16,6 %. Dengan data-data tersebut, berbagai negara segera melakukan penelitian dan mengembangkan Sistem Keselamatan Pasien (*Ibid*).

Doktrin keselamatan pasien (*patient safety*) menjadi referensi dalam pengembangan sistem penyelenggaraan kesehatan nasional, terutama semenjak mencuatnya kasus-kasus dugaan malpraktik medis di Indonesia. Dalam perkembangannya, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menginstruksikan agar setiap penyelenggara pelayanan kesehatan sungguh-sungguh memberikan perhatian terhadap isu *patient safety* ini dalam tataran praktis.

Pada tahun 2005 diterbitkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 496/Menkes/SK/IV/2005 tentang Pedoman Audit Medis di Rumah Sakit, yang tujuan utamanya adalah untuk tercapainya pelayanan medis prima di rumah sakit yang jauh dari *medical error* dan memberikan keselamatan bagi pasien. Perkembangan ini diikuti oleh Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) yang berinisiatif melakukan pertemuan dan mengajak semua stakeholder rumah sakit untuk lebih memperhatikan keselamatan pasien di rumah sakit. Mempertimbangkan betapa pentingnya misi rumah sakit untuk mampu memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik terhadap pasien mengharuskan rumah sakit untuk berusaha mengurangi *medical error* sebagai bagian dari penghargaan terhadap kemanusiaan, maka dikembangkan sistem *patient safety* yang dirancang mampu menjawab permasalahan yang ada (Rhudy Marseno: 2011)

Selanjutnya *patient safety* menjadi sebuah gerakan nasional sejak tahun 2005. Gerakan ini pertama kali dicanangkan oleh di Menteri Kesehatan bersama Perhimpunan Rumah Sakit Indonesia (PERSI) dan Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS) dalam forum Seminar Nasional PERSI yang diselenggarakan pada tanggal 21 Agustus 2005 di Jakarta Convention Centre (Adhi Kurniawan).

## B. Pengaturan *Patient Safety*

### 1. Pengaturan dalam UU Praktik Kedokteran 2004

Isu keselamatan pasien juga menjadi salah satu konsen UU Praktik Kedokteran 2004. Keselamatan pasien merupakan salah satu orientasi dalam penyelenggaraan praktik kedokteran. Dalam Pasal 2 disebutkan bahwa praktik kedokteran dilaksanakan berdasarkan Pancasila dan didasarkan pada nilai ilmiah, manfaat, keadilan, kemanusiaan, keseimbangan, serta perlindungan dan keselamatan pasien

### 2. Pengaturan dalam UU Kesehatan 2009

Isu keselamatan pasien juga disinggung dalam UU Kesehatan 2009. Keselamatan pasien diakomodasi dalam frase ‘pelayanan kesehatan yang aman’ sebagaimana disebut dalam ketentuan Pasal 5 ayat (2) yang berbunyi:

“Setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau”

Selain itu, terdapat frase ‘upaya kesehatan yang aman’ yang secara implisit juga memuat ide tentang keselamatan pasien sebagaimana tercantum dalam Pasal 19 yang menyatakan: “Pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan segala bentuk upaya kesehatan yang bermutu, aman, efisien, dan terjangkau”.

### 3. Pengaturan dalam UU Rumah Sakit 2009

Ketentuan tentang keselamatan pasien dalam UU Rumah Sakit 2009 dapat dijumpai dalam beberapa pasal. Keselamatan pasien merupakan salah satu dasar dalam

penyelenggaraan rumah sakit. Sebagaimana dinyatakan dalam Pasal 2, rumah sakit diselenggarakan berasaskan Pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial. Tidak hanya sebagai dasar, keselamatan pasien juga menjadi salah satu tujuan dari pengaturan penyelenggaraan rumah sakit itu sendiri, sebagaimana dinyatakan dalam Pasal 3 ayat (2).

Keselamatan pasien harus menjadi acuan setiap tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Ketentuan Pasal 13 ayat (2) menyatakan:

“Setiap tenaga kesehatan yang bekerja di rumah sakit harus bekerja sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan rumah sakit, standar prosedur operasional yang berlaku, etika profesi, menghormati hak pasien dan mengutamakan keselamatan pasien”.

Secara institusional, rumah sakit juga berkewajiban mewujudkan keselamatan pasien sebagaimana tersirat dalam ketentuan Pasal 29 ayat (1) butir (b) yang menyatakan ‘setiap rumah sakit memiliki kewajiban memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit. Demikian pula, pada Pasal 1 ayat (1) butir (o) dinyatakan bahwa, “setiap rumah sakit memiliki kewajiban memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana”

Pasal 32 butir (n) menyatakan bahwa setiap pasien memiliki hak memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di rumah sakit.

Isu keselamatan pasien dibahas secara khusus dalam Bagian Kelima dari UU Rumah Sakit 2009 Tentang Keselamatan Pasien. Lebih lanjut ketentuan tentang keselamatan pasien diatur dalam Pasal 43 sebagai berikut:

- Rumah Sakit wajib menerapkan standar keselamatan pasien;
- Standar keselamatan pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui pelaporan insiden, menganalisa, dan menetapkan pemecahan masalah dalam rangka menurunkan angka kejadian yang tidak diharapkan;
- Rumah Sakit melaporkan kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) kepada komite yang membidangi keselamatan pasien yang ditetapkan oleh Menteri.
- Pelaporan insiden keselamatan pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dibuat secara anonim dan ditujukan untuk mengkoreksi sistem dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien; dan
- Ketentuan lebih lanjut mengenai standar keselamatan pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diatur dengan Peraturan Menteri.

#### 4. *Pengaturan dalam Permenkes Nomor 1691 Tahun 2011*

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 Tentang Keselamatan Patient di Rumah Sakit ditetapkan dan mulai berlaku pada tanggal 8 Agustus 2011. Peraturan ini diterbitkan dalam rangka melaksanakan ketentuan Pasal 43 Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Sesuai ketentuan Pasal 7, setiap rumah sakit diwajibkan untuk menerapkan Standar Keselamatan Pasien yang terdiri dari:

- hak pasien;
- mendidik pasien dan keluarga;
- keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan;
- penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien;
- peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien;
- mendidik staf tentang keselamatan pasien; dan
- komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

Sedangkan Pasal 8 menentukan bahwa setiap rumah sakit wajib mengupayakan pemenuhan Sasaran Keselamatan Pasien yang meliputi tercapainya hal-hal sebagai berikut:

- Ketepatan identifikasi pasien;
- Peningkatan komunikasi yang efektif;
- Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai;
- Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi;
- Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan; dan
- Pengurangan risiko pasien jatuh.

Sesuai ketentuan Pasal 16, dalam rangka pembinaan dan pengawasan, Menteri, Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dapat mengambil tindakan administratif kepada rumah sakit terhadap pelanggaran ketentuan Pasal 6 ayat (1), Pasal 7 ayat (1), Pasal 8 ayat (1) dan Pasal 11 ayat (1), berupa:

- teguran lisan;
- teguran tertulis; atau
- penundaan atau penangguhan perpanjangan izin operasional.

#### C. Pelaksanaan *Patient Safety* di RSUD Panembahan Senopati Bantul

##### 1. *Pelaksanaan Patient Safety*

Pelaksanaan program keselamatan pasien di RSUD Panembahan Senopati Bantul diintegrasikan dengan pelaksanaan program peningkatan mutu. Upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien di RSUD Panembahan Senopati Bantul



dilaksanakan secara komprehensif dan integratif dengan memantau dan menilai pelayanan rumah sakit, memecahkan masalah yang ada dan mencari jalan keluar sehingga mutu pelayanan rumah sakit menjadi lebih baik.

Peningkatan mutu dan keselamatan pasien (*patient safety*) di RSUD Panembahan Senopati dilaksanakan oleh Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (Komite PMKP). Komite PMKP membawahi 4 (empat) sub komite yaitu Sub Komite Mutu Manajemen Klinik, Sub Komite Manajemen Non Klinik, Sub Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi, serta Sub Komite Keselamatan Pasien & Manajemen Resiko. Adapun tugas pokok Komite PMKP adalah:

- Merumuskan pedoman peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- membuat program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- membuat kebijakan yang berhubungan dengan mutu;
- melaksanakan mekanisme dan monitoring serta melaksanakan evaluasi serta melakukan analisa indikator mutu (klinik, manajerial dan keselamatan pasien).

## 2. *Perlindungan Tenaga Medis*

Selain memiliki tugas penegakan etik, Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit (KEHRS) juga melaksanakan fungsi perlindungan hukum bagi tenaga kesehatan, khususnya tenaga medis yang paling rentan terhadap isu-isu hukum.

Dalam menangani sengketa pelayanan kesehatan, KEHRS terlebih dahulu mengupayakan penyelesaian secara kekeluargaan melalui musyawarah untuk mencapai mufakat (negosiasi). Jika negosiasi berhasil, hasil kesepakatan dituangkan dalam sebuah akta yang kemudian didaftarkan ke pengadilan untuk mendapatkan pengesahan dalam bentuk akta perdamaian. Jika tidak terjadi kesepakatan (negosiasi gagal), KEHRS menawarkan kepada pihak pengadu untuk menempuh proses penyelesaian secara mediasi dengan menunjuk seorang mediator independen dan netral yang disepakati oleh kedua belah pihak. Jika mediasi berhasil, hasil kesepakatan dituangkan dalam sebuah akta yang kemudian didaftarkan ke pengadilan untuk mendapatkan pengesahan dalam bentuk akta perdamaian sebagai akta otentik. Jika tidak tercapai perdamaian (mediasi gagal), KEHRS bertanggung jawab untuk mendampingi setiap tahapan proses penyelesaian secara litigasi maupun non litigasi (SPO RSUD Panembahan Senopati: 2015).

Upaya untuk memberikan perlindungan kepada tenaga medis di RSUD Panembahan Senopati Bantul, selain dilakukan dengan cara memberikan bantuan hukum

kepada tenaga medis yang tersangkut perkara/sengketa, juga dilakukan dengan cara mengikutsertakan seluruh tenaga medis dalam program asuransi profesi. Program asuransi ini memberikan jaminan bahwa apabila dokter yang tersangkut perkara hukum terkait pelayanan kedokteran yang diberikannya, oleh pengadilan dinyatakan bersalah dan diwajibkan membayar ganti rugi, maka pihak perusahaan asuransi akan menanggung biaya pembayaran ganti rugi tersebut kepada pihak pasien yang menjadi lawan sengketanya (Hasil wawancara dengan Agus Tri & Pambudi, RSUD Panembahan Senopati: 2016)

Beban biaya premi asuransi ditanggung bersama antara tertanggung (dokter) dengan pihak rumah sakit dengan ketentuan bahwa pihak dokter dibebani 1/3 dari keseluruhan biaya premi asuransi (*Ibid*).

#### D. Pelaksanaan Patient Safety di RSUD Wonosari Gunung Kidul

##### 1. *Pelaksanaan Patient Safety*

RSUD Wonosari sudah menjalankan program keselamatan pasien (*patient safety*) sejak 2013, tetapi baru mulai aktif tahun 2014. Pelaporan data-data insiden sudah mulai dilaksanakan sejak 2015 dalam rangka menghadapi proses akreditasi. Di RSUD Wonosari, program keselamatan pasien (*patient safety*) dijalankan di bawah koordinasi Tim Pengendalian Mutu dan Keselamatan Pasien (TIM PMKP), atau lebih spesifik lagi dilaksanakan oleh Sub Komite Keselamatan Pasien. Selain itu, ada Kelompok Kerja (Pokja) tersendiri yang bertugas mewujudkan Sasaran Keselamatan Pasien (Hasil wawancara dengan Trisna R. Hidayat, RSUD Wonosari: 2016).

Berbagai capaian pelaksanaan program keselamatan pasien ini seharusnya dapat menurunkan tingkat complain terkait insiden yang dialami pasien. Sayangnya tidak ada data pembandingan yang bisa digunakan mengukur secara akurat berapakah prosentase penurunan angka complain semenjak berlakunya program pasien safety ini. Hal ini disebabkan insiden-insiden (KTD) yang terjadi sebelumnya jarang dilaporkan (*Ibid*).

##### 2. *Perlindungan Tenaga Medis*

Selain memperhatikan keselamatan pasien, pihak manajemen rumah sakit juga memperhatikan keselamatan petugas kesehatan yang sehari-hari bertugas memberikan pelayanan kepada pasien. Keselamatan dari resiko terinfeksi penyakit diupayakan dengan program imunisasi (misalnya Hepatitis) walau belum semua, serta diberikan pelayanan general chek up walaupun belum semua (*Ibid*).

Terkait keselamatan dari resiko gugatan/tuntutan hukum sejauh ini pihak manajemen rumah sakit memberikan back up kepada tenaga kesehatan yang tersangkut perkara hukum. RSUD Wonosari pernah terlibat dalam berbagai sengketa hukum dengan

pihak pasien tetapi rata-rata dapat diselesaikan secara kekeluargaan (negosiasi) (Hasil wawancara dengan Aris Suryanto, RSUD Wonosari: 2016)

Sebenarnya untuk mewujudkan ketenangan dalam bekerja, tenaga medis di RSUD sangat mengharapkan program asuransi malpraktik sebagaimana yang ada di rumah sakit lain. Namun hingga saat ini pihak manajemen belum mengikutsertakan dokternya dalam program asuransi semacam itu karena belum menemukan program asuransi yang sesuai harapan pihak manajemen (*Ibid*).

Sebenarnya pihak manajemen telah menerima berbagai proposal dari beberapa perusahaan asuransi, tapi umumnya model yang ditawarkan adalah pertanggung jawaban akan diberikan manakala si tertanggung (tenaga medis) telah dinyatakan terbukti bersalah. Pihak manajemen menginginkan program asuransi yang berani memberikan pertanggung jawaban tanpa harus menunggu proses pembuktian di pengadilan, dan belum ada proposal semacam itu dari perusahaan asuransi. Terkait hal ini Aris Suryanto memberi alasan, jika harus menunggu proses pembuktian di pengadilan, maka reputasi rumah sakit akan terdampak (*Ibid*).

#### E. Pembahasan (Analisis)

##### 1. Pelaksanaan Patient Safety di Rumah Sakit

Pada umumnya berbagai stakeholder khususnya pemerintah dan rumah sakit baik yang dimiliki oleh pemerintah maupun swasta telah menempatkan *patient safety* sebagai sebuah isu yang penting. Motivasi untuk melaksanakan program *patient safety* di rumah sakit-rumah sakit umumnya didorong oleh faktor tuntutan akreditasi.

Berdasarkan hasil penelitian lapangan, diketahui bahwa program *patient safety* pada umumnya telah berjalan dengan baik di lingkungan rumah sakit milik pemerintah. Besar kemungkinan, hal yang sama juga berlaku di rumah sakit-rumah sakit milik swasta berdasarkan asumsi bahwa rumah sakit swasta memiliki kebutuhan yang sama terkait pemenuhan persyaratan akreditasi, disamping itu rumah sakit swasta biasanya memiliki kesadaran (*sense*) yang kuat dalam menjaga dan melindungi nama baik institusi karena reputasi merupakan aset yang penting bagi kelangsungan hidup institusi.

##### 2. Keterkaitan antara Keberhasilan Patient Safety dengan Penurunan Adverse Event

Seharusnya pelaksanaan program keselamatan pasien (*patient safety*) berkorelasi positif dengan penurunan angka Kejadian yang Tidak Diharapkan (*Adverse Event*) di rumah sakit. Sebagaimana diketahui bahwa tujuan utama program keselamatan pasien adalah untuk mencegah atau mengurangi resiko terjadinya cedera pada pasien, terutama yang terjadi karena faktor kesalahan manusia (*human error*) khususnya yang melibatkan tenaga medis (*medical error*).

Sayangnya data empiris yang menguatkan asumsi itu tidak dapat diperoleh dari penelitian lapangan baik di RSUD Panembahan Senopati Bantul maupun RSUD Wonosari Gunung Kidul. Data pembanding berupa laporan insiden sebelum era *patient safety* tidak ada sehingga tidak dapat dilakukan pengukuran secara valid terhadap efektifitas program *patient safety*. Tidak dapat dijelaskan secara kuantitatif, sejauh mana program *patient safety* yang telah diterapkan di kedua rumah sakit tersebut mampu mencegah atau mengurangi resiko terjadinya *adverse event* yang sering menjadi pemicu timbulnya gugatan/tuntutan hukum terhadap tenaga medis dari pihak pasien.

### 3. Kerangka Aturan (*Regulatory Framework*) Perlindungan Hukum Tenaga Medis

Regulasi yang ada saat ini cukup memberikan jaminan perlindungan hukum baik bagi pasien maupun tenaga medis. Jaminan perlindungan hukum tersebut terdapat baik di dalam Undang-undang Kedokteran 2004, Undang-undang Kesehatan 2009, Undang-undang Rumah Sakit 2009, maupun Undang-undang Tenaga Kesehatan 2014.

Dari sudut pandang pasien (masyarakat), banyaknya ketentuan hukum yang memberikan landasan hukum untuk menggugat/menuntut pihak dokter dan/atau rumah sakit merupakan suatu hal yang positif. Namun hal tersebut sebenarnya berdampak negatif bagi kalangan profesi kedokteran.

Banyaknya ketentuan hukum yang bersifat memperluas akses untuk menggugat/menuntut dokter dan/atau rumah sakit seolah mempermudah terjadinya sengketa medis, dan itu berarti memperluas kemungkinan munculnya gugatan/tuntutan hukum kepada pihak dokter dan/atau rumah sakit.

Mempertimbangkan hal tersebut, maka isu perlindungan hukum bagi tenaga medis bersifat urgen. Tenaga medis tidak sekedar memerlukan perlindungan hukum yang bersifat primer (jaminan atas pemenuhan hak-haknya sebagai subyek hukum), tetapi juga memerlukan jaminan perlindungan hukum yang bersifat sekunder yaitu jaminan dari negara atas kesamaan (*equality*) dan keadilan (*justice*) dalam pemberian perlindungan hukum itu sendiri.

Jika pasien diberi keleluasaan untuk menggugat/menuntut dokter atas dugaan kelalaian medik (malpraktik), seharusnya dokter juga diberi keleluasaan memperoleh perlindungan dari gugatan/tuntutan pihak pasien yang tidak berdasar hukum. Hal ini dapat diwujudkan misalnya dalam bentuk:

- Tidak diberikannya akses kepada pasien untuk menggugat/menuntut dokter tanpa alasan yang sah (*valid cause of action*).
- Pengembalian nama baik dan pembayaran ganti rugi dalam hal dokter telah digugat/dituntut tanpa alasan yang sah.

Aspek pertama sekilas sudah terakomodasi dalam beberapa ketentuan peraturan perundang-undangan yang pada prinsipnya menyatakan bahwa dokter berhak memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional. Namun dalam tingkatan implementasi ketentuan ini menghadapi sejumlah masalah karena dalam kenyataan di lapangan ada kesan bahwa pihak pasien begitu mudahnya mengadukan, menggugat/menuntut dokter tanpa alasan yang kuat.

Ada kecenderungan di kalangan pasien untuk menggugat/menuntut dokter dan/atau rumah sakit semata-mata berdasarkan asumsi bahwa mereka telah dirugikan oleh kelalaian dokter atau telah menjadi korban kelalaian medis/malpraktik medis. Asumsi itu biasanya dibangun berdasarkan fakta bahwa hasil pengobatan (*outcome*) ternyata tidak sesuai yang diharapkan. Meskipun secara medis hal demikian mudah dipahami, namun tidak demikian menurut kaca mata pasien pada umumnya. Pasien datang berobat kepada dokter atau rumah sakit semata-mata untuk memperoleh kesembuhan, bukan untuk bertambah sakit. Jika kesembuhan yang diharapkan tidak tercapai, mungkin mereka masih bisa memaklumi, tetapi jika kondisi sakitnya justru semakin buruk umumnya hal demikian tidak dapat diterima oleh pasien.

Secara realita, selain berupa kesembuhan suatu proses pengobatan juga dapat menghasilkan beberapa kemungkinan lain yang tidak diharapkan seperti: tidak sembuh, kondisi sakit semakin parah, terjadinya komplikasi, timbulnya alergi, maupun akibat lain yang lebih buruk seperti perlukaan, kecacatan, bahkan kematian. Keadaan-keadaan demikian itu umumnya dipersepsikan sebagai suatu kerugian yang terjadi karena faktor kelalaian pihak tenaga medis, yang oleh karenanya pihak pasien merasa memiliki alasan yang sah untuk menuntut pertanggungjawaban hukum kepada tenaga medis dan/atau pihak rumah sakit yang bersangkutan.

Secara medis diakui bahwa hasil pengobatan tidak selalu bisa sesuai dengan harapan. Ilmu kedokteran bukanlah ilmu pasti, proses pengobatan berdasarkan ilmu kedokteran tidak dapat memberikan jaminan kesembuhan. Yang dapat dilakukan oleh dokter sebatas berupaya dengan sungguh-sungguh untuk mengobati, tetapi soal kesembuhan merupakan urusan Ilahi. Oleh karena itu, secara hukum dokter hanya diwajibkan untuk berupaya dengan sungguh-sungguh (*in spanning verbinten*) dan pertanggungjawaban hukum hanya dapat dikenakan apabila ada pelanggaran terhadap kewajiban untuk bersungguh-sungguh itu. Dengan kata lain, dokter tidak dapat dimintai pertanggungjawaban hukum karena gagal dalam menyembuhkan pasien, sebab yang demikian itu bukanlah kewajiban yang dituntut oleh hukum.

Hasil pengobatan yang tidak sesuai harapan itu dalam ilmu kedokteran dikenal dengan istilah *adverse event* (kejadian yang tidak diharapkan/KTD). *Adverse event* bisa timbul karena berbagai macam faktor, antara lain:

- Manifestasi resiko tindakan medis;
- Kecelakaan; dan
- Kesalahan/kelalaian tenaga medis.

Dari tiga kemungkinan tersebut di atas, hanya faktor kesalahan/kelalaian tenaga medis (*medical error*) sajalah yang dapat dijadikan sebagai dasar proses pertanggungjawaban hukum dokter (*medical malpractice liability*).

#### 4. Upaya Perlindungan Tenaga Medis di Rumah Sakit

Meskipun terdapat cukup banyak ketentuan peraturan perundang-undangan yang memberikan jaminan perlindungan hukum kepada dokter dari resiko gugatan/tuntutan hukum, namun pada kenyataannya ketentuan-ketentuan tersebut tidak cukup memberi rasa aman bagi kalangan profesi kedokteran. Oleh karenanya untuk memperoleh rasa aman dalam menjalankan profesinya, para dokter mencari alternatif-alternatif lain.

Alternatif yang telah umum difahami dan dilakukan adalah dengan menerapkan pola *defensive medicine* atau mengambil program asuransi profesi (asuransi malpraktik medis). Jika tidak dikelola dengan baik, upaya-upaya sebagaimana disebut di atas bisa berdampak negatif bagi pihak pasien dan bahkan pihak rumah sakit. Praktik *defensive medicine* misalnya, jika dilakukan dengan cara menghindari tindakan medis yang dianggap beresiko tinggi, maka hal itu akan mengurangi akses masyarakat terhadap pelayanan medis di rumah sakit dan rumah sakit yang bersangkutan akan mengalami kerugian dari segi reputasi maupun finansial.

Oleh karena itu semestinya pihak rumah sakit mengambil bagian secara langsung dalam upaya perlindungan tenaga medis. Jangan biarkan tenaga medis (dokter) berjuang secara individual mencari dan menemukan rasa aman (*safety*) dalam menjalankan profesinya, sebab fokus yang berlebihan pada keselamatan diri sendiri (*doctor safety*) pada gilirannya justeru bisa mengancam keselamatan pasien (*patient safety*). Dengan demikian, seharusnya program *patient safety* harus dapat diintegrasikan dengan program *doctor safety* agar keduanya bersifat komplementer dan tidak bersifat kontradiksi

## Daftar Pustaka

- Adhi Kurniawan, Patient Safety, diunduh dari <https://adhikurniawan.wordpress.com/8/> pada hari Selasa tanggal 10 Februari 2015 jam 09.22
- Rhudy Marseno, “Patient Safety (Keselamatan Pasien Rumah Sakit)”, diunduh dari <https://marsenorhudy.wordpress.com/2011/01/07/patient-safeti-keselamatan-pasien-rumah-sakit/> pada hari Selasa tanggal 11 Februari 2015 jam 09.00.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691/Menkes/Per/VIII/2011 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit
- Tim Penyusun, *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety)*, Jakarta: Departemen Kesehatan RI, 2006.
- Tim Penyusun, *Buku Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien RSUD Panembahan Senopati Bantul*, Bantul: RSUD Panembahan Senopati Bantul, 2014.
- Undang-undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran
- Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan
- Undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit