

**TANGGUNG JAWAB HUKUM RUMAH SAKIT TERHADAP PASIEN YANG
TERKENA INFEKSI NOSOKOMIAL**

(STUDI DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH UNDATA PALU)

**LEGAL RESPONSIBILITY OF HOSPITAL ON THE PATIENTS INFECTED
BY NOSOKOMIAL**

(A STUDY IN GENERAL HOSPITAL OF UNDATA PALU)

**Abdul Rahman
P0907211721**



PROGRAM PASCASARJANA

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2013

**TANGGUNG JAWAB HUKUM RUMAH SAKIT TERHADAP
PASIEN YANG TERKENA INFEKSI NOSOKOMIAL
(STUDI DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH UNDATA PALU)**

Tesis

Sebagai Salah satu Syarat untuk mencapai Gelar Magister

Program Studi

Ilmu Hukum / Hukum Kesehatan

Disusun dan diajukan oleh

ABDUL RAHMAN

Kepada

PROGRAM PASCASARJANA

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2013

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan dibawah ini

Nama : Abdul Rahman

Nomor Induk : P0907211721

Program Studi : Ilmu Hukum

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar,

Yang menyatakan

Abdul Rahman

PRAKATA

Alhamdulillah, puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya, atas selesainya penelitian dan penulisan tesis ini yang berjudul Tanggung Jawab Hukum Rumah Sakit Terhadap Pasien Yang Terkena Infeksi Nosokomial (Studi di Rumah Sakit Umum Daerah Undata Palu).

Berkat bantuan, dukungan dan doa serta kritik dan saran yang sifatnya membangun telah diberikan berbagai pihak, maka tesis ini dapat diselesaikan. Pada kesempatan ini dengan kerendahan hati penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang tulus kepada :

1. Prof. Dr.Muhadar, S.H, M.Si, sebagai Ketua Komisi Penasehat dan Prof. Dr. M. Syukri Akub, S.H, M.H, sebagai anggota Komisi Penasehat atas bantuan dan bimbingan yang telah diberikan mulai dari penyusunan proposal penelitian, pelaksanaan penelitian sampai penulisan tesis.
2. Prof. Dr. H. M. Said Karim, S.H, M.H, Prof. Dr. dr. Abdul Kadir, Sp. THT-KL (K). MARS, Dr. Syamsuddin Muchtar, S.H,M.H, selaku Dosen penguji yang telah memberikan pengarahan dalam proses penyusunan tesis ini.
3. Bapak Prof. Dr. Aswanto, S.H, M.Si, DFM, selaku dekan Fakultas Hukum Universitas Hasanuddin dan Prof. Marthen Arie, S.H,M.H, selaku Ketua Program Studi S2 Ilmu Hukum Universitas Hasanuddin.

4. Dosen Pengelola dan Staf Pengelola Program Studi Ilmu Hukum Konsentrasi Hukum Kesehatan beserta seluruh Staf Pengajar dan staf Administrasi yang telah memberikan banyak bantuan kepada penulis selama mengikuti pendidikan.
5. Istri dan Anakku tercinta, Sumiati, SKM, Qarirah Mufidah, yang selama ini memberikan dukungan, motivasi dan doanya serta kesabarannya sampai selesainya penulisan ini.
6. Ayahku (Almarhum) dan Ibuku, kedua Mertuaku, kakak dan adikku, ipar-iparku yang selalu menjadi inspirasi dalam hidupku dengan doa dan bimbingannya.
7. Rekan-rekan Mahasiswa Pascasarjana, Program Studi Ilmu Hukum, Konsentrasi Hukum Kesehatan Angkatan 2011 yang telah bersama-sama dalam suka dan duka selama pendidikan.
8. Direktur dan Seluruh jajaran RSUD Undata Palu yang telah membantu dalam memberikan izin penelitian.
9. Semua responden penelitian yang telah meluangkan waktunya.

Akhirnya ucapan terima kasih juga disampaikan kepada mereka yang namanya tidak tercantum tetapi memberikan dukungan penuh atas pelaksanaan penelitian dan selesainya penulisan ini. Semoga Allah SWT senantiasa melimpahkan Rahmat dan Hidayah-Nya kepada kita semua.

Makassar, Agustus 2013

Penulis,

Abdul Rahman

ABSTRAK

ABDUL RAHMAN. *Tanggung Jawab Hukum Rumah Sakit Terhadap Pasien yang Terkena Infeksi Nosokomial: Studi di Rumah Sakit Umum Undata, Palu* (dibimbing oleh Muhadar dan M. Syukri Akub).

Penelitian ini bertujuan mengetahui (1) wujud tanggung jawab hukum rumah sakit atas terjadinya infeksi nosokomial, dan (2) peran pengawasan rumah sakit dalam mencegah dan menanggulangi terjadinya infeksi nosokomial.

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Undata, Palu, Provinsi Sulawesi Tengah. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian normatif-empiris. Penelitian ini berfokus pada ruang rawat inap karena pasien yang terkena infeksi nosokomial terjadi di ruang rawat inap. Sampel penelitian terdiri atas dokter dan perawat yang bertugas di ruang rawat inap dengan menggunakan teknik purposif. Pengumpulan data dilakukan melalui pengamatan, kuesioner, dokumentasi, dan wawancara.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa perwujudan tanggung jawab hukum terhadap terjadinya infeksi nosokomial masing sangat kurang, berdasarkan UU No. 44 Tahun 2009, rumah sakit bertanggung jawab secara hukum terhadap semua kerugian yang ditimbulkan atas kelalaian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di rumah sakit. Kurangnya tanggung jawab rumah sakit dikarenakan dalam pemberian pelayanan oleh tenaga/petugas kesehatan tidak menjelaskan prosedur tindakan medis atau pelayanan apa yang akan dilakukan terhadap pasien. Dalam hal ini, apabila terjadi kelalaian dalam pelayanan medik yang mengakibatkan mereka bekerja tidak sesuai dengan standar operasional prosedur dan tidak sesuai dengan standar profesi dokter atau perawat, maka yang bertanggung jawab adalah dokter atau perawat itu sendiri, sedangkan bilamana terjadi kelainan akibat kurang lengkapnya sarana/fasilitas dan lingkungan rumah sakit yang tidak memenuhi standar, maka yang bertanggung jawab adalah pihak rumah sakit. Sistem pengawasan harus berjalan dengan baik agar mampu meminimalisasi kejadian infeksi nosokomial.



ABSTRACT.

ABDUL RAHMAN. *Legal Responsibility of Hospital on the Patients Infected by Nosokomial.* (A Study in General Hospital of Undata Palu) (Supervised by Muhaddar and M. Syukri Akub).

The aims of the research are to acknowledge (1) the form of legal responsibility of the hospital in case of *nosokomial* infection, and (2) the role of hospital control in preventing and coping with the nosokomial infection.

The research was conducted in the General Hospital of Undata, Palu, Central Sulawesi Province. The research type was a normative empirical. The research focused on the overnight nursing ward. The samples were doctors and nurses working in the overnight nursing wards withdrawn with purposive sampling design. The method of data collection were observation, questionnaires, documentation, and interview.

The results of the research indicated that the criminal responsibility in case of nosokomial infection is still low. Based on the constitution No. 44, 2009, the hospital is legally responsible for all the lost resulted from the dereliction of health personnel in the hospital. The implication of legal responsibility on the nosokomial infection is still very minimal because health workers do not explain the procedures of medical treatment to patients, therefore If a mistake were found during the treatment because of violation of Standard Operational Procedure (SOP), and violation of doctors/dentist professional standard, doctors/dentists or the nurses are responsible for the case. If the violation occurred because of the insufficiency of facilities or hospital environment does not meet the standard, the hospital is responsible for the case. Based on the constitution no. 44, 2009, one of the patient rights is to claim the hospital, either on civil or criminal law, in case the hospital is assumed to provide services irrelevant to standard. Therefore the control system should work well to be able to minimize nosokomial infection incidence.



DAFTAR ISI

BAB I	PENDAHULUAN	
	A. Latar Belakang Masalah	1
	B. Rumusan Masalah	10
	C. Tujuan Penelitian	10
	D. Kegunaan Penelitian	10
BAB II	TINJAUAN PUSTAKA	
	A. Tanggung Jawab	12
	B. Pertanggungjawaban Pidana	17
	C. Tanggung Jawab Hukum Rumah Sakit	33
	D. Perwujudan Tanggung Jawab	52
	E. Kelalaian	64
	F. Standar Operasional Prosedur (SOP)	67
	G. Keselamatan Pasien (<i>Patient Safety</i>)	69
	H. Infeksi Nosokomial	73
	I. Organisasi Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (KepMenKes RI Nomor 270/Menkes/SK/III/2007)	84
	J. Kerangka Pikir	95
	K. Bagan Kerangka Pikir	97
	L. Definisi Operasional	98

BAB III METODE PENELITIAN

A. Tipe dan Desain Penelitian	101
B. Pendekatan dan Jenis Penelitian	102
C. Lokasi Penelitian	102
D. Populasi dan Teknik Sampel	103
E. Teknik Pengumpulan Data	104
F. Sumber Data	105
G. Analisis Data	106

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Tanggung Jawab Hukum Atas Dasar Kesalahan	107
B. Pengawasan	118

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan	133
B. Saran.....	134

DAFTAR PUSTAKA

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Bahwa Pembangunan kesehatan ditujukan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat setiap orang dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal sebagai salah satu unsur kesejahteraan sebagaimana yang dimaksud dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar 1945.

Pelayanan kesehatan merupakan jalan bagi setiap orang untuk meningkatkan derajat kesehatan yang optimal. Dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan yang optimal tersebut, setiap orang mempunyai hak atas pelayanan kesehatan (*the right to health care*). Hak tersebut dalam kehidupan kita di Indonesia merupakan pengembangan dari hak asasi manusia yang terkandung dalam Pasal 28H ayat (1) UUD 1945 yaitu setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan baik dan sehat, serta berhak mendapatkan pelayanan kesehatan.

Upaya memelihara dan meningkatkan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah dan atau masyarakat melalui pelayanan kesehatan dengan mempergunakan sarana kesehatan dan jasa tenaga kesehatan. Atas dasar inilah maka pelayanan kesehatan memerlukan peraturan

hukum sebagai dasar pembenaran hukum dalam setiap kegiatan yang dilakukan. Selanjutnya setiap upaya kesehatan terikat untuk tunduk dan taat terhadap semua peraturan hukum yang melandasi pelayanan kesehatan.

Masalah pelayanan kesehatan akhir-akhir ini mendapat perhatian cukup besar. Besarnya perhatian masyarakat terhadap masalah pelayanan kesehatan ini dapat dilihat dari banyaknya keluhan dan tuntutan agar tenaga kesehatan dan atau sarana yang berupa korporasi pelayanan kesehatan lebih professional dalam memberi pelayanan kesehatan sesuai tugas dan tanggung jawabnya masing-masing. Apabila tenaga kesehatan tidak memperhatikan hal tersebut diatas, maka tenaga kesehatan terancam untuk dilaporkan dan dituntut secara hukum. Terkait dengan tuntutan hukum bagi tenaga kesehatan yang lalai dalam menjalankan kewajibannya, dalam Pasal 58 Ayat (1) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dikatakan bahwa Setiap orang berhak menuntut ganti rugi terhadap seseorang, tenaga kesehatan, dan/atau penyelenggara kesehatan yang menimbulkan kerugian akibat kesalahan atau kelalaian dalam pelayanan kesehatan yang diterimanya.

Meskipun sama fundamentalnya dengan hak-hak yang lain, hak atas pelayanan kesehatan sering dianggap lebih mendasar. Dalam hubungan dokter/tenaga kesehatan lainnya dan pasien, secara relatif

pasien berada dalam posisi yang lebih lemah. Kekurangan-mampuan pasien dalam membela kepentingannya dalam situasi kegiatan pelayanan menyebabkan timbulnya kebutuhan untuk mempermasalahkan hak-hak pasien dalam menghadapi para professional kesehatan. Persoalan hubungan pelayanan antara dokter/tenaga kesehatan lainnya dan pasien itu dapat terjadi pada semua jenjang dan bentuk pelayanan kesehatan, baik dari tingkat puskesmas dan jaringannya hingga ke rumah sakit.

Dalam hal pelayanan kesehatan bagi pasien di rumah sakit, mestinya pelayanan dilakukan secara bermutu dan terjangkau oleh pasien dengan memperhatikan hak-hak pasien itu sendiri. Pengaturan tentang kewajiban pelayanan kesehatan di rumah sakit utamanya dalam Pasal 29 ayat (1) huruf b Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, dikatakan setiap rumah sakit mempunyai kewajiban memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.

Pelayanan kesehatan di rumah sakit sangat ditentukan oleh manajemen, tenaga kesehatan, dan sarana kesehatan yang ada. Sehingga dalam hal pemenuhan hak-hak pasien dirumah sakit akan sangat ditentukan oleh ketiga elemen tersebut diatas. Meskipun pelayanan dilakukan oleh orang-orang yang ada dalam bagian diatas,

tetapi rumah sakit mempunyai tanggung jawab hukum bagi kesalahan tersebut. Hal itu diatur sebagaimana dalam Pasal 46 Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah sakit, yaitu : Rumah sakit bertanggung jawab secara hukum terhadap semua kerugian yang ditimbulkan atas kelalaian yang ditimbulkan oleh tenaga kesehatan di rumah sakit.

Rumah sakit merupakan tempat kerja yang unik dan kompleks, tidak saja menyediakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat, tetapi juga merupakan tempat pendidikan dan penelitian kedokteran. Semakin luas pelayanan kesehatan dan fungsi suatu rumah sakit maka semakin kompleks peralatan dan fasilitasnya. Kerumitan yang meliputi segala hal tersebut menyebabkan rumah sakit mempunyai potensi yang bahaya yang sangat besar, tidak hanya bagi pasien dan tenaga medis, risiko ini juga membahayakan pengunjung rumah sakit tersebut.¹

Selain untuk mencari kesembuhan, rumah sakit juga merupakan depot bagi berbagai macam penyakit yang berasal dari penderita maupun pengunjung yang berstatus karier. Kuman penyakit ini dapat hidup dan berkembang dilingkungan rumah sakit, seperti : udara, air, lantai, makanan dan benda-benda peralatan medis maupun non medis. Dari lingkungan kuman dapat sampai ke tenaga kesehatan.

¹. Darmadi, 2008, *Infeksi Nosokomial Problematika Dan Pengendaliannya*, salemba Medika, Jakarta. Hlm 1

Sehingga dalam mengantisipasi berbagai resiko penyakit yang timbul di rumah sakit sebagai akibat seperti yang disebutkan pada paragraf sebelumnya, maka pengaturannya berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 270/Menkes/SK/III/ 2007 tentang Pedoman Manajerial Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Di rumah Sakit Dan Fasilitas Kesehatan Lainnya. Dalam SK tersebut, rumah sakit diwajibkan untuk melakukan beberapa hal terkait dengan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial, yaitu :

- Adanya tim Pencegahan dan pengendalian infeksi

- Sarana dan fasilitas pelayanan penunjang :

1. sarana kesekretariatan
2. dukungan manajemen
3. kebijakan dan SOP(manajemen dan teknis)
4. pengembangan dan pendidikan (tim PPI dan Staf rumah sakit)

Selanjutnya dalam rangka mendukung peningkatan mutu pelayanan kesehatan yang prima dan professional, khususnya dalam pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit, maka secara teknis berpedoman pada Kepmenkes 382/Menkes/SK/III/2007 tentang Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Di Rumah Sakit dan Pelayanan Kesehatan Lainnya. Secara singkat Kepmenkes tersebut berisi prinsip dasar pencegahan dan pengendalian infeksi, fakta-fakta

penting penyakit menular, kebersihan tangan, panduan pemakaian alat pelindung diri, pemrosesan alat dan linen yang aman, pengelolaan sampah di fasilitas, perlindungan petugas kesehatan, penanganan pasien dengan penyakit menular/suspek, kebersihan ruang perawatan, petunjuk pencegahan dan pengendalian infeksi untuk pengunjung dan kesiapan menghadapi pandemi penyakit menular.

Penyakit yang biasanya terjadi sebagai akibat kurangnya pemahaman dan penerapan penanggulangan bahaya infeksi di rumah sakit adalah di antaranya timbul penyakit infeksi nosokomial. Infeksi nosokomial yang terjadi pada penderita yang sedang dalam proses perawatan di rumah sakit merupakan beban tambahan secara fisik dan psikologis bagi penderita. Secara fisik, beban tersebut akan terasa lebih berat karena adanya penyakit tambahan di samping penyakit dasarnya, sehingga hari rawatnya menjadi semakin panjang. Seperti kita ketahui, infeksi nosokomial adalah infeksi yang menjangkiti penderita-penderita yang sedang menjalani proses perawatan di rumah sakit. Infeksi ini terjadi sebagai efek samping dari berbagai prosedur tindakan medis serta perawatan, yang tentunya sangat berpengaruh terhadap kondisi kesehatan penderita secara menyeluruh yang dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas. Sumber penularannya bisa melalui tangan petugas kesehatan, jarum suntik, kateter, kasa pembalut/perban, bisa juga karena penanganan yang keliru dalam menangani luka. Kejadian

infeksi ini bisa menghambat proses penyembuhan dan pemulihan pasien, meningkatkan morbiditas dan mortalitas, serta memperpanjang perawatan sehingga meningkatkan biaya pelayanan.²

Jika terjadi kerugian dirumah sakit berupa infeksi nosokomial sebagai akibat kelalaian dari tenaga kesehatan, manajemen, atau sarana dan prasarana di rumah sakit, mestinya secara hukum rumah sakit harus bertanggung jawab. Pertanggung jawaban hukum rumah sakit tersebut, dapat berupa pertanggung jawaban hukum administrasi, perdata dan pidana. Selama ini pertanggung jawaban hukum tersebut tidak dilakukan oleh pihak rumah sakit, oleh karena ketidak tahuan pihak pasien dan keluarganya terhadap penyebab dan akibat dari infeksi nosokomial dimaksud.

Rumah sakit secara institusional bertanggung jawab atas segala konsekuensi yang timbul berkenaan dengan pelanggaran terhadap pelayanan kesehatan. Merupakan kewajiban rumah sakit untuk tersedianya dan kesiapan tenaga kesehatan, tersedianya sarana dan fasilitas pelayanan kesehatan yang siap pakai. Selain itu rumah sakit bertanggung jawab atas pemeliharaan sarana dan fasilitas pelayanan kesehatan. Dalam hal ini tanggung jawab rumah sakit dapat didasarkan pada :

². Linda Tietjen et all, 2004, *Panduan Pencegahan Infeksi Untuk Fasilitas Pelayanan Kesehatan Dengan Sumber Daya Terbatas*, Yayasan BiNa Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta. Hlm 20-3

1. Pelanggaran kewajiban oleh tenaga kesehatan.
2. Pelanggaran kewajiban rumah sakit.
3. Rumah sakit bertanggung jawab untuk melengkapi semua peralatan yang diperlukan untuk menegakan diagnosis dan pengobatan terhadap pasien.

Jika diteliti secara seksama maka permasalahan infeksi nosokomial itu sering terjadi di rumah sakit. Kenyataannya di seluruh dunia penyakit infeksi nosokomial menjadi permasalahan dan terus meningkat (Alvarado). Contohnya kejadian infeksi nosokomial berkisar dari terendah sekitar 1% di beberapa Negara Eropa dan Amerika hingga 40% di beberapa tempat Asia, Amerika Latin dan Sub-Sahara Afrika (Lynch dkk 1997). Pada tahun 1987, suatu survey prevalensi meliputi 55 rumah sakit di 14 negara berkembang pada empat wilayah WHO (Eropa, Mediterania Timur, Asia Tenggara, dan Pasifik Barat) menemukan rata-rata 8,7% dari seluruh pasien rumah sakit menderita infeksi nosokomial. Jadi pada setiap saat, terdapat 1,4 juta pasien di seluruh dunia terkena komplikasi infeksi yang didapat di rumah sakit (Tikhomirov, 1987). Pada survei ini frekuensi tertinggi dilaporkan dari rumah sakit di wilayah Timur Tengah Mediterania dan Asia Tenggara masing-masing 11,8% dan 10% (Mayon-White dkk 1988). Angka kejadian ini belum mencerminkan keadaan saat ini, karena pada waktu itu pandemic HIV/AIDS baru saja dimulai. Terlebih lagi survey tidak mengikutkan Negara di Afrika di mana

kejadian infeksi nosokomial jauh lebih tinggi. Walaupun demikian, survey memberikan beberapa pedoman tentang infeksi nosokomial apa yang sering terjadi di Negara berkembang. Infeksi tempat pembedahan, infeksi saluran kencing dan saluran pernapasan bawah (pneumonia) merupakan jenis utama yang dilaporkan (Emori dan Gaynes 1993)³.

Infeksi nosokomial merupakan salah satu penyebab utama kematian dan kesakitan di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. Di Indonesia, infeksi ini merupakan salah satu penyebab utama kematian ibu dan bayi baru lahir, selain menyebabkan perpanjangan masa rawat inap bagi penderita. Data tentang infeksi nosokomial di Indonesia secara akurat sampai saat ini belum ada, di Jakarta hasil survei point prevalensi dari 11 rumah sakit di DKI Jakarta yang dilakukan oleh Rumah Sakit Penyakit Infeksi Prof. Dr. Sulianti Saroso Jakarta pada Tahun 2003 didapatkan angka infeksi nosokomial ILO (infeksi luka operasi) 18,9%, ISK (Infeksi Saluran Kencing) 15.1%, IADP (Infeksi Aliran Darah Primer) 26,4%, Pneumonia 24,5% dan infeksi saluran napas lain 15,1%, serta infeksi lain 32,1%.⁴

Oleh karena dampak penyakit infeksi nosokomial yang merugikan pasien dan berpotensi untuk dipermasalahkan secara hukum, maka diperlukan kajian tentang pertanggungjawaban hukum rumah sakit dan

³ Linda Tietjen et all, Op Cit, Hlm 20-4

⁴ Pedoman Manajerial Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Di Rumah Sakit Dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lainnya, Departemen Kesehatan, 2007. Hlm 2

bagaimana implementasi semua aturan tentang penanggulangan infeksi nosokomial tersebut di rumah sakit.

B. Rumusan Masalah

1. Bagaimanakah perwujudan tanggung jawab hukum rumah sakit atas terjadinya infeksi nosokomial di Rumah Sakit Undata Palu?
2. Sejauhmana peran pengawasan rumah sakit dalam mencegah dan menanggulangi terjadinya infeksi nosokomial di Rumah Sakit Undata Palu?

C. Tujuan Penelitian

1. Mengetahui dan menganalisis wujud tanggung jawab pidana rumah sakit atas terjadinya infeksi nosokomial di Rumah Sakit Undata Palu.
2. Mengetahui dan menganalisis peran pengawasan rumah sakit dalam mencegah dan menanggulangi terjadinya infeksi nosokomial di Rumah Sakit Undata Palu.

D. Kegunaan Penelitian

1. Manfaat teoritis

Secara teoritis diharapkan dapat memberikan masukan kepada semua pegawai di rumah sakit terutama tenaga kesehatan yang terlibat dalam perawatan pasien tentang tanggung jawab hukum pihak rumah sakit terhadap pasien yang terkena infeksi nosokomial.

2. Manfaat Praktis

Secara praktis diharapkan dapat memberikan masukan bagi pengambil kebijakan di rumah sakit mengenai tanggung jawab hukum pihak rumah sakit terhadap pasien yang terkena infeksi nosokomial.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tanggung Jawab

Prinsip tentang tanggung jawab merupakan perihal yang sangat penting dalam hukum perlindungan konsumen. Dalam kasus-kasus pelanggaran hak konsumen, diperlukan kehati-hatian dalam menganalisis siapa yang bertanggung jawab dan seberapa jauh tanggung jawab dapat dibebankan kepada pihak-pihak terkait.⁵

Secara umum, prinsip-prinsip tanggung jawab dalam hukum dapat dibedakan sebagai berikut:⁶

1. Prinsip tanggung jawab berdasarkan unsur kesalahan

Prinsip tanggung jawab berdasarkan kesalahan (*fault liability* atau *liability based of fault*) adalah prinsip yang cukup umum berlaku dalam hukum pidana dan perdata..

Prinsip ini menyatakan, seseorang baru dapat dimintakan pertanggungjawaban secara hukum jika ada unsur kesalahan yang dilakukannya. Pasal 1365 KUH Perdata, yang lazim dikenal sebagai pasal tentang melawan hukum, mengharuskan terpenuhinya empat unsur pokok, yaitu:

⁵ Shidarta, 2000, *Hukum perlindungan konsumen*, Grasindo, Jakarta, hlm 59

⁶ Celina Tri Siwi kristiyanti, 2009, *Hukum Perlindungan Konsumen*, Sinar Grafika , Jakarta. Hlm 92

1. Adanya perbuatan;
2. Adanya unsur kesalahan;
3. Adanya kerugian yang diderita;
4. Adanya hubungan kausalitas antara kesalahan dan kerugian.

Yang dimaksud kesalahan adalah unsur yang bertentangan dengan hukum. Pengertian “hukum”, tidak hanya bertentangan dengan undang-undang, tetapi juga kepatutan dan kesusilaan dalam masyarakat.

Secara *common sense*, asas tanggung jawab ini dapat diterima karena adalah adil bagi orang yang berbuat salah untuk mengganti kerugian bagi pihak korban. Dengan kata lain, tidak adil jika orang yang tidak bersalah harus mengganti kerugian yang diderita orang lain.

Perkara yang perlu diperjelas dalam prinsip ini, yang sebenarnya juga berlaku umum untuk prinsip-prinsip lainnya adalah defenisi tentang subjek pelaku kejahatan. Dalam konsep hukum dikenal asas *vicarious liability* dan *corporate liability*.

Vicarious liability (atau disebut juga *respondeat superior, let the master answer*), mengandung pengertian, majikan bertanggung jawab atas kerugian pihak lain yang ditimbulkan oleh orang-orang/karyawan yang berada di bawah pengawasannya (*captain of the ship doctrine*). Jika karyawan itu dipinjamkan ke orang lain (*borrowed servant*), maka tanggung jawabnya pada si pemakai karyawan tadi (*fellow servant doctrine*).

Corporate liability pada prinsipnya mempunyai pengertian yang sama dengan *vicarious liability*. Menurut doktrin ini, Lembaga (korporasi) yang menaungi suatu kelompok pekerja mempunyai tanggung jawab terhadap tenaga-tenaga yang dipekerjakannya. Sebagai contoh, dalam hubungan hukum antara rumah sakit dan pasien, semua tanggung jawab atas pekerjaan tenaga medis, perawat dan tenaga kesehatan lainnya adalah menjadi beban tanggung jawab rumah sakit tempat mereka bekerja. Prinsip ini tidak hanya diterapkan untuk karyawan organiknya (digaji oleh rumah sakit), tetapi juga karyawan nonorganik (misalnya dokter yang dikontrak kerja dengan pembagian hasil).

Latar belakang penerapan prinsip ini adalah konsumen hanya melihat semua di balik dinding suatu korporasi itu sebagai satu kesatuan. Ia tidak dapat membedakan mana yang berhubungan secara organik dengan korporasi dan mana yang tidak. Doktrin yang terakhir ini disebut *ostensible agency*. Maksudnya, jika suatu korporasi (misalnya rumah sakit) memberi kesan kepada masyarakat (pasien), orang yang bekerja di situ (dokter, perawat dan lain-lain) adalah karyawan yang tunduk di bawah perintah/koordinasi korporasi tersebut, maka sudah cukup syarat bagi korporasi itu untuk wajib bertanggung jawab secara *vicarious liability* terhadap konsumennya.

2. Prinsip praduga untuk selalu bertanggung jawab

Prinsip ini menyatakan, tergugat selalu dianggap bertanggung jawab (*presumption of liability principle*), sampai ia dapat membuktikan ia tidak bersalah. Jadi, beban pembuktian ada pada si tergugat.

Dasar pemikiran dari Teori Pembalikan Beban Pembuktian adalah seseorang dianggap bersalah, sampai yang bersangkutan dapat membuktikan sebaliknya. Hal ini tentu bertentangan dengan asas hukum praduga tidak bersalah (*presumption of innocence*) yang lazim dikenal dalam hukum. Namun, jika diterapkan dalam kasus konsumen akan tampak, asas demikian cukup relevan. Jika digunakan teori ini, maka yang berkewajiban membuktikan kesalahan itu adalah di pihak pelaku usaha yang digugat. Tergugat ini yang harus menghadirkan bukti-bukti dirinya tidak bersalah. Tentu saja konsumen lalu dapat sekehendak hati mengajukan gugatan. Posisi konsumen sebagai penggugat selalu terbuka untuk digugat balik oleh pelaku usaha, jika ia gagal menunjukkan kesalahan si tergugat.

3. Prinsip praduga untuk selalu tidak bertanggung jawab

Prinsip ini adalah kebalikan dari prinsip yang kedua. Prinsip praduga tidak selalu bertanggung jawab (*presumption nonliability principle*) hanya dikenal dalam lingkup transaksi konsumen yang sangat terbatas, dan pembatasan demikian biasanya secara *common sense* dapat dibenarkan.

4. Prinsip tanggung jawab mutlak

Prinsip tanggung jawab mutlak (*strict liability*) sering diidentikkan dengan prinsip tanggung jawab absolute (*absolute liability*). Kendati demikian ada pula para ahli yang membedakan kedua terminology di atas.

Ada pendapat yang mengatakan, *strict liability* adalah prinsip tanggung jawab yang menetapkan kesalahan tidak sebagai faktor yang menentukan. Namun, ada pengecualian-pengecualian yang memungkinkan untuk dibebaskan dari tanggung jawab, misalnya keadaan *force majeure*. Sebaliknya, *absolute liability* adalah prinsip tanggung jawab tanpa kesalahan dan tidak ada pengecualiannya. Selain itu, ada juga pandangan yang agak mirip, yang mengaitkan perbedaan keduanya pada ada atau tidak adanya hubungan kausalitas antara subjek yang bertanggung jawab dan kesalahannya. Pada *strict liability*, hubungan itu harus ada, sementara pada *absolute liability*, hubungan itu tidak selalu ada. Maksudnya, pada *absolute liability*, dapat saja si tergugat yang dimintai pertanggungjawaban itu bukan si pelaku langsung kesalahan tersebut (misalnya dalam kasus bencana alam).

5. Prinsip tanggung jawab dengan pembatasan

Prinsip tanggung jawab dengan pembatasan (*limitation of liability principle*) sangat disenangi oleh pelaku usaha untuk dicantumkan

sebagai klausul eksonerasi dalam perjanjian standar yang dibuatnya. Dalam perjanjian cuci cetak film misalnya, ditentukan bila film yang ingin dicuci/dicetak itu hilang atau rusak (termasuk akibat kesalahan petugas), maka konsumen hanya dibatasi ganti ruginnya sebesar sepuluh kali harga satu rol film baru.

B. Tanggung Jawab Hukum Pidana

Dalam sistem hukum di Indonesia dikenal berlakunya suatu asas, yaitu asas legalitas. Asas tersebut mengandung arti, bahwa suatu perbuatan merupakan suatu perbuatan pidana atau tindak pidana, atau perbuatan melanggar hukum pidana, hanyalah apabila suatu ketentuan pidana yang telah menentukan bahwa perbuatan tersebut merupakan suatu perbuatan pidana. Hal ini tercantum pada Pasal 1 ayat (1) KUHP, yang bunyinya adalah sebagai berikut: "Tiada suatu perbuatan pidana kecuali berdasarkan aturan pidana dalam perundang-undangan sebelum perbuatan itu dilakukan telah ada".⁷

Pasal ini memberikan jaminan bahwa tidak diperbolehkan seseorang dituntut berdasarkan ketentuan undang-undang yang diperlakukan surut ke belakang (artinya setelah perbuatan dilakukan). Hal ini telah dipertegas lagi dan telah memperoleh jaminan konstitusional

⁷ Syahrul Machmud, 2008, Penegakan Hukum dan Perlindungan Hukum Bagi Dokter Yang Diduga Melakukan Medikal Malpraktik, CV. Mandar Maju, Bandung. Hlm 186

dalam bentuk Pasal 28 huruf i Undang-Undang Dasar 1945. Bunyi Pasal tersebut adalah: “hak untuk hidup, hak untuk tidak disiksa, hak untuk kemerdekaan pikiran dan hati nurani, hak beragama, hak untuk tidak diperbudak, hak untuk diakui sebagai pribadi di hadapan hukum, dan hak untuk tidak dituntut atas dasar hukum yang berlaku surut adalah hak asasi manusia yang tidak dapat dikurangi dalam keadaan apapun”.

Selanjutnya, walaupun tidak secara spesifik tidak menyebutkan asas legalitas, namun dalam Pasal 6 ayat (1) Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2004 tentang Kekuasaan Kehakiman tercermin makna asas dimaksud. Bunyi Pasal tersebut sebagai berikut: “Tidak seorang pun dapat dihadapkan di depan pengadilan selain daripada yang ditentukan oleh undang-undang”.

Dengan demikian yang dimaksud dengan perbuatan pidana atau tindak pidana adalah perilaku yang melanggar ketentuan pidana yang berlaku ketika perbuatan itu dilakukan, baik perbuatan tersebut berupa melakukan perbuatan tertentu yang dilarang oleh ketentuan pidana maupun tidak melakukan perbuatan tertentu yang diwajibkan oleh ketentuan pidana.⁸

Perbuatan pidana atau tindak pidana atau delik agak mirip dengan perbuatan melanggar hukum dalam hukum perdata. Sehingga terkadang agak sulit membedakan keduanya, karena keduanya adalah

⁸ Syahrul Mahmud, *Op Cit*, hlm 186-187

suatu perbuatan yang salah, dan keduanya merupakan pelanggaran terhadap larangan hukum, terhadap kewajiban hukum atau terhadap aturan hukum. Hanya saja apabila perbuatan tersebut berakibat pidana, maka pelakunya dapat dituntut secara pidana dan dijatuhi hukuman pidana jika terbukti bersalah.

Strafbaarfeit berasal dari bahasa Belanda yang diterjemahkan dengan berbagai istilah yang berbeda-beda oleh para pakar hukum di Indonesia. Dalam perkembangan hukum di Indonesia istilah yang sering digunakan adalah tindak pidana. CST Kansil⁹ dengan mengutip pendapat simons merumuskan tindak pidana adalah sebagai berikut:

1. Perbuatan manusia (*handeling*)

Perbuatan manusia yang dimaksud bukan hanya “melakukan” (*een doen*) akan tetapi termasuk juga “tidak melakukan” (*niet doen*)

2. Perbuatan manusia tersebut haruslah melawan hukum (*wederrechtelijk*).

3. Perbuatan tersebut diancam pidana (*strafbaargesteld*) oleh undang-undang.

4. Harus dilakukan oleh seorang yang mampu bertanggung jawab (*toerekeningsvatbaar*).

⁹ CST Kansil, *Pokok-Pokok Hukum Pidana*, Pradnya Paramita, Jakarta, 2004. Hlm 37

5. Perbuatan itu harus terjadi karena kesalahan (*sculd*) si pelaku. Kesalahan dapat berupa kesengajaan (*dolus*) ataupun ketidaksengajaan/kelalaian (*culpa*).

Dalam KUHP dan KUHAP kita saat ini hanya orang perseorangan yang dapat melakukan perbuatan pidana atau tindak pidana, seperti digunakannya istilah barang siapa, siapapun. Namun demikian dalam perkembangan perundang-undangan Indonesia, legislator atau pembentuk undang-undang telah memasukkan korporasi atau badan hukum sebagai pelaku perbuatan pidana atau tindak pidana dalam beberapa undang-undang khusus.

Dilihat dari cara merumuskannya, maka tindak pidana dapat dibedakan¹⁰ :

1. Tindak pidana yang dirumuskan secara formil disebut dengan tindak pidana formil (*formeel delicten*).

Tindak pidana formil adalah tindak pidana yang dirumuskan dengan melarang tingkah laku tertentu, artinya dalam rumusan itu secara tegas disebutkan wujud perbuatan tertentu yang terlarang. Perbuatan tertentu inilah yang menjadi pokok larangan dalam tindak pidana formil. Dalam hubungan dengan penyelesaian tindak pidana formil, kriterianya ialah pada perbuatan yang dilarang tersebut. Apabila

¹⁰ Adami Chawazi, 2002, Pelajaran Hukum Pidana (Bagian 2), PT Raja Grafindo Persada, Jakarta, hlm 213

perbuatan terlarang selesai dilakukan, maka selesai pulalah tindak pidana, tanpa melihat atau bergantung pada akibat apa dari perbuatan itu. Contohnya pencurian, apabila perbuatan mengambil telah selesai, maka pencurian itu selesai.

2. Tindak pidana yang dirumuskan secara materiil, disebut tindak pidana materiil (*materiel delicten*).

Tindak pidana materiil adalah tindak pidana yang dirumuskan dengan melarang menimbulkan akibat tertentu disebut akibat terlarang. Titik berat larangan pada menimbulkan akibat terlarang (unsur akibat konstitutif). Walaupun dalam rumusan tindak pidana disebut juga unsur tingkah laku, namun untuk penyelesaian tindak pidana tidak tergantung pada selesainya mewujudkan tingkah laku, akan tetapi apakah dari wujud tingkah laku telah menimbulkan akibat terlarang atau tidak.

Terwujudnya tindak pidana materiil secara sempurna adalah apabila akibat terlarang telah timbul dari tingkah laku. Dalam hal timbulnya tindak pidana materiil secara sempurna diperlukan tiga syarat esensial, yaitu :

1. Terwujudnya tingkah laku;
2. Terwujudnya akibat (akibat konstitutif atau *constituetief gevolg*);
3. Ada hubungan kausal (*causal verband*) antara wujud tingkah laku dengan akibat konstitutif.

Tiga syarat itu adalah satu kesatuan yang tidak terpisahkan untuk terwujudnya tindak pidana materiil. Untuk menentukan (membuktikan) terwujudnya tingkah laku dengan terwujudnya akibat, tidaklah terdapat kesukaran. Akan tetapi untuk menentukan suatu akibat itu apakah benar disebabkan oleh terwujudnya tingkah laku adalah mendapatkan kesukaran, berhubung timbulnya suatu akibat tertentu disebabkan oleh banyak factor yang saling berkaitan antara yang satu dengan yang lainnya.

Dalam menghadapi persoalan mencari dan menetapkan adanya hubungan kausal antara wujud perbuatan dengan akibat, ajaran kausalitas menjadi penting. Ajaran kausalitas adalah suatu ajaran yang berusaha untuk mencari suatu jawaban dari suatu masalah. Ajaran kausalitas dapat membantu para praktisi hukum terutama hakim dalam mencari dan menentukan ada atau tidak adanya hubungan kausal antara wujud perbuatan dengan akibat yang timbul.

Selain penting mencari dan untuk menentukan adanya hubungan kausal antara wujud perbuatan dan akibat dalam tindak pidana materiil, juga penting dalam hal mencari dan menentukan adanya hubungan kausal antara wujud perbuatan dengan akibat dalam tindak pidana yang dikualifisir oleh unsur akibatnya. Tindak pidana yang dikualifisir oleh unsur akibatnya ialah suatu tindak pidana bentuk pokok yang ditambah dengan unsur khusus yakni unsur akibat yang timbul dari perbuatan, baik

unsur akibat menjadikan tindak pidana menjadi berat maupun menjadi ringan.

Ajaran kausalitas dapat dikelompokkan dalam tiga teori yang besar¹¹, yaitu:

1. Teori *conditio sine quo non*

Teori ini berasal dari Von Buri, seorang ahli hukum dari Jerman. Menurut teori ini, tidak membedakan mana factor syarat dan mana factor penyebab, segala sesuatu yang masih berkaitan dengan suatu peristiwa sehingga melahirkan suatu akibat adalah termasuk menjadi penyebabnya. Semua factor dinilai sama pengaruhnya atau andil/peranannya terhadap timbulnya akibat menurut waktu, tempat dan keadaan senyatanya dalam suatu peristiwa.

2. Teori-teori yang mengindividualisir.

Adalah teori yang dalam usahanya mencari factor penyebab dari timbulnya suatu akibat dengan hanya melihat factor yang ada atau terdapat setelah perbuatan dilakukan, dengan kata lain setelah peristiwa itu beserta akibatnya benar-benar terjadi secara konkret. Menurut teori ini setelah peristiwa terjadi, maka di antara sekian rangkaian factor yang terkait dalam peristiwa itu, tidak semuanya merupakan factor penyebab. Factor

¹¹ Adam Chawazi, Op Cit, hlm 217-218

penyebab itu adalah hanya berupa factor yang paling berperan atau dominan atau mempunyai andil yang paling kuat terhadap timbulnya suatu akibat, sedangkan factor lain adalah dinilai sebagai factor syarat saja dan bukan factor penyebab. Pendukung teori ini antara lain Birkmeyer dan Karl Binding.

3. Teori-teori yang menggeneralisir

Adalah teori yang dalam mencari sebab (*causa*) dari rangkaian factor yang berpengaruh atau berhubungan dengan timbulnya akibat adalah dengan melihat factor mana yang secara wajar dan menurut akal serta pengalaman pada umumnya dapat menimbulkan suatu akibat. Jadi mencari factor penyebab dan menilainya tidak berdasarkan pada factor setelah peristiwa terjadi beserta akibatnya, tetapi pada pengalaman pada umumnya menurut akal dan kewajaran manusia atau disebut secara *abstracto*, tidak secara *inconcreto*. Persoalannya ialah bagaimana cara menentukan, bahwa suatu sebab itu pada umumnya secara wajar dan menurut akal dapat menimbulkan suatu akibat? Membahas mengenai persoalan ini timbul dua pendirian yakni :

a. Teori adequate subjektif

Teori ini dipelopori oleh J. Von Kries, yang menyatakan bahwa factor penyebab adalah factor yang menurut kejadian

yang normal adalah adequate (sebanding) atau layak dengan akibat yang timbul, yang faktornya diketahui atau disadari oleh pembuat sebagai adequate untuk menimbulkan akibat tersebut. Jadi dalam teori ini faktor subjektif atau sikap batin sebelum si pembuat berbuat adalah amat penting dalam menentukan adanya hubungan kausal, sikap batin mana berupa pengetahuan (sadar) bahwa perbuatan yang akan dilakukan itu adalah adequate untuk menimbulkan akibat yang timbul, dan kelayakan ini harus didasarkan pada pengalaman manusia pada umumnya. Teori ini disebut juga dengan teori *subjektif prognose* (peramalan subjektif).

b. Teori adequate objektif

Teori ini dipelopori oleh Rumelin yang ajarannya disebut dengan teori *objektif nachtragliche prognose* atau peramalan yang objektif, karena dalam mencari kausa dari suatu akibat pada faktor objektif yang dipikirkan dapat menimbulkan akibat. Pada teori ini, tidak memperhatikan bagaimana sikap batin si pembuat sebelum berbuat, akan tetapi pada faktor-faktor yang ada setelah peristiwa senyatanya beserta akibatnya terjadi, yang dapat dipikirkan secara akal (objektif) faktor-faktor itu dapat menimbulkan akibat. Tentang bagaimana alam pikiran/sikap batin si pembuat sebelum ia

berbuat tidaklah penting, melainkan bagaimana kenyataan objektif setelah peristiwa terjadi beserta akibatnya, apakah factor tersebut menurut akal dapat dipikirkan untuk menimbulkan akibat.

Untuk mengajukan gugatan terhadap sebuah rumah sakit, dokter atau dokter gigi atau tenaga kesehatan lainnya dengan alasan berdasarkan perbuatan melakukan perbuatan melawan hukum maka, harus dipenuhi (empat) unsur sebagai berikut:

1. Adanya pemberian gaji atau honor tetap yang dibayar secara periodik kepada dokter atau tenaga kesehatan yang bersangkutan.
2. Majikan atau dokter mempunyai wewenang untuk memberikan instruksi yang harus ditaati oleh bawahannya.
3. Adanya wewenang untuk melakukan pengawasan.
4. Ada kesalahan atau kelalaian yang diperbuat oleh dokter atau tenaga kesehatan lainnya, dimana kesalahan atau kelalaian tersebut menimbulkan kerugian bagi pasien.

Namun demikian akan sulit bagi pasien dan keluarganya untuk mengajukan gugatan, karena harus diketahui dulu bagian mana yang termasuk dalam perjanjian terapeutik dengan dokter dan bagian mana yang termasuk dalam kontrak dengan rumah sakit. Pada tahap mana kesalahan

itu terjadi, apakah pada tahap mempersiapkan atau mendistribusikan obat. Demikian juga pasien akan sulit menentukan apakah posisi seorang dokter atau dokter gigi atau tenaga kesehatan lainnya yang bekerja di rumah sakit, apakah bertindak sebagai atasan atau sebagai pembantu, apakah ia sebagai bawahan atau bukan. Demikian juga apakah tindakan yang dilakukan termasuk dalam kompetensi pelaku atautkah dilaksanakan di bawah pengawasan.

Menurut Mardjono Reksodiputro, dalam perkembangan Hukum Pidana di Indonesia, ada tiga sistem pertanggungjawaban korporasi sebagai subjek tindak pidana, yaitu;¹²

1. Pengurus korporasi sebagai pembuat, maka pengurus yang bertanggung jawab

Sistem pertanggungjawaban ini ditandai dengan usaha-usaha agar sifat tindak pidana yang dilakukan korporasi dibatasi pada perorangan (*naturlijk person*). Sehingga apabila terjadi dalam lingkungan korporasi, maka tindak pidana itu dianggap dilakukan oleh pengurus korporasi itu.

Sehubungan dengan perkembangan konsep korporasi sebagai subjek tindak pidana dapat dikemukakan bahwa Ketentuan Umum

¹² Setiyono, 2002, *kejahatan Korporasi*, Pustaka Pelajar, Yogyakarta, hlm 15-22

Hukum Pidana Indonesia (KUHP) yang berlaku sampai saat ini masih menganut pandangan, bahwa suatu tindak pidana hanya dapat dilakukan oleh manusia (*naturlijk person*). Sedangkan korporasi yang menurut teori fiksi (*fiction theory*) dari Von Savigny merupakan subjek hukum, tidak diakui dalam hukum pidana, karena Pemerintah Belanda pada waktu itu tidak bersedia mengadopsi hukum perdata ke dalam hukum pidana.

Ketentuan yang menunjukkan bahwa tindak pidana hanya dilakukan oleh manusia Pasal 59 KUHP, yang berbunyi: “Dalam hal-hal karena pelanggaran ditentukan pidana terhadap pengurus, anggota-anggota badan pengurus atau komisaris-komisaris, maka pengurus atau komisaris yang ternyata tidak ikut campur melakukan pelanggaran tidak di pidana”.

Dengan melihat ketentuan di atas terlihat bahwa para penyusun KUHP dahulu dipengaruhi oleh pemahaman, bahwa badan-badan hukum tidak bisa melakukan tindak pidana. Pandangan ini merupakan contoh yang khas dari pemikiran dogmatis dari abad ke-19, dimana kesalahan menurut hukum pidana selalu diisyaratkan sebagai kesalahan dari manusia.

Konsekuensi dengan tidak diaturnya korporasi sebagai subjek tindak pidana dalam Buku I KUHP, sebagai ketentuan hukum pidana, maka sangat wajar jika pengaturan korporasi sebagai subjek tindak pidana di luar KUHP menjadi sangat beragam.

2. Korporasi sebagai pembuat, maka pengurus yang bertanggung jawab

Sistem pertanggungjawaban yang kedua ditandai dengan pengakuan yang timbul dalam perumusan undang-undang bahwa suatu tindak pidana dapat dilakukan oleh perserikatan atau badan usaha (korporasi), akan tetapi tanggung jawab untuk itu menjadi beban dari pengurus badan hukum (korporasi) tersebut.

Dalam sistem pertanggungjawaban ini korporasi dapat menjadi pembuat tindak pidana, akan tetapi yang bertanggungjawab adalah para anggota pengurus, asal saja dinyatakan dengan tegas dalam peraturan itu. Pada gilirannya pun pertanggungjawaban langsung oleh korporasi belum bisa dijalankan atau terealisasi.

3. Korporasi sebagai pembuat dan yang bertanggung jawab

Sistem pertanggungjawaban yang ketiga ini merupakan permulaan adanya tanggung jawab yang langsung dari korporasi. Dalam sistem ini dibuka kemungkinan menuntut korporasi dan meminta pertanggungjawaban menurut hukum pidana. Hal-hal yang

dapat dipakai sebagai dasar pembenar atau alasan-alasan bahwa korporasi sebagai pembuat dan sekaligus yang bertanggung jawab adalah sebagai berikut. *Pertama*, karena dalam berbagai tindak pidana ekonomi dan fiscal, keuntungan yang diperoleh korporasi atau kerugian yang diderita masyarakat dapat sedemikian besarnya sehingga tidak akan mungkin seimbang bilamana pidana hanya dijatuhkan pada pengurus saja. *Kedua*, dengan hanya memidana pengurus saja, tidak atau belum ada jaminan bahwa korporasi tidak akan mengulangi tindak pidana lagi. Dengan memidana korporasi itu, diharapkan korporasi dapat mentaati peraturan yang berlaku.

Dalam sistem pertanggungjawaban yang ketiga ini, menurut Muladi telah terjadi pergeseran pandangan, bahwa korporasi dapat dipertanggungjawabkan sebagai pembuat, disamping manusia biasa (alamiah) jadi penolakan pemidanaan korporasi berdasarkan doktrin *universitas delinquere no potest* (badan-badan hukum tidak dapat melakukan tindak pidana) sudah mengalami perubahan dengan menerima konsep pelaku fungsioanal (*fungsional daderschap*).

Seiring dengan makin besarnya peranan korporasi dalam bidang perekonomian, pengaturan korporasi sebagai subjek tindak pidana dalam hukum pidana positif kita menunjukkan banyak perkembangan sejak tahun 1990-an.

Perkembangan pengakuan pertanggungjawaban pidana korporasi sebagai pembuat, seperti yang diatur dalam beberapa peraturan perundang-undangan di luar KUHP, sesuai dengan tujuan dan fungsi hukum termasuk hukum pidana sebagai sarana perlindungan sosial (*social defence*).

Tentang penempatan korporasi sebagai subjek hukum pidana sampai sekarang masih menjadi permasalahan, sehingga muncul setuju/pro dan tidak setuju/kontra terhadap subjek-subjek hukum pidana korporasi.

Adapun yang tidak setuju/kontra mengemukakan alasan sebagai berikut:

1. Menyangkut masalah kejahatan sebenarnya kesengajaan dan kesalahan hanya terdapat pada persona alamiah.
2. Bahwa tingkah laku materiel yang merupakan syarat dapat dipidananya beberapa macam delik, hanya dapat dilaksanakan oleh persona alamiah (mencuri barang, menganiaya orang, dan sebagainya).
3. Bahwa pidana dan tindakan yang berupa merampas kebebasan orang tidak dapat dikenakan terhadap korporasi.
4. Bahwa tuntutan dan ppidanaan terhadap korporasi dengan sendirinya mungkin menimpah orang yang tidak bersalah;

5. Bahwa dalam praktiknya tidak mudah menentukan norma-norma atas dasar apa yang dapat diputuskan, apakah pengurus saja atau korporasi itu sendiri atau keduanya harus dituntut dan dipidana.¹³

Adapun yang setuju menempatkan korporasi sebagai subjek hukum pidana menyatakan :

1. Ternyata dipidananya pengurus saja tidak cukup untuk mengadakan represi terhadap delik-delik yang dilakukan oleh atau dengan suatu korporasi. Karenanya diperlukan pula untuk dimungkinkan memidana korporasi, korporasi dan pengurus atau pengurus saja.
2. Mengingat dalam kehidupan sosial dan ekonomi ternyata korporasi semakin memainkan peranan yang penting pula.
3. Hukum pidana harus mempunyai fungsi dalam masyarakat, yaitu melindungi masyarakat dan menegakkan norma-norma dan ketentuan yang ada dalam masyarakat. Kalau hukum pidana hanya ditekankan pada segi perorangan yang hanya berlaku pada manusia, maka tujuan itu tidak efektif, oleh karena itu tidak ada alasan untuk selalu menekan dan menentang dapat dipidananya korporasi.

¹³ Muladi.,2010, *Pertanggungjawaban Pidana Korporasi*,Kencana Prenada Media Group, Jakarta. Hlm 47-48

4. Dipidananya korporasi dengan ancaman pidana adalah salah satu upaya untuk menghindari tindakan pemidanaan terhadap para pegawai korporasi itu sendiri.

C. Tanggung Jawab Hukum Rumah Sakit

Menurut Andi Hamzah makna badan hukum (*recht persoon*) adalah, merupakan himpunan orang atau organisasi yang diberikan subjek hukum secara tegas.¹⁴ Untuk mengetahui apakah sebuah rumah sakit telah berstatus sebagai badan hukum atau belum dapat kita lihat dari akta pendiriannya yang dibuat dengan akta notaris ataupun karena perintah perundang-undangan (khusus untuk rumah sakit swasta).

Sebuah rumah sakit dalam sistem perundang-undangan kita diwajibkan berbentuk badan hukum. Hal ini tercermin dalam Pasal 20 ayat (1) dan Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit bahwa: Berdasarkan pengelolaannya rumah sakit dapat dibagi menjadi rumah sakit publik dan rumah sakit privat. Dan pada Pasal 21 mengatakan bahwa Rumah sakit privat sebagaimana yang dimaksud pada Pasal 20 ayat (1) dikelola oleh badan hukum dengan tujuan profit yang berbentuk Perseroan Terbatas atau Persero.

¹⁴ Andi Hamzah, 1986, *Kamus Hukum*, ghalia, Jakarta, hlm 56

Dengan demikian sesuai dengan ketentuan pasal-pasal tersebut untuk rumah sakit swasta wajib berbentuk badan hukum. Sementara itu Hermien Hadiati Koeswadji¹⁵ mengemukakan pendapatnya, bahwa rumah sakit dalam artinya yang umum merupakan suatu perusahaan, yang dalam bentuk yuridisnya biasanya diberi bentuk wadah sebagai suatu yayasan (*stichting*) atau perkumpulan (*vereniging*) sehingga dalam lalu lintas perhubungan hukum mempunyai tanggung jawab penuh.

Selanjutnya Hermien Hadiati Koeswadji¹⁶ menyatakan bahwa: Dalam lalu lintas perhubungan hukum yang terjadi dalam masyarakat sebagai suatu sistem sosial, dengan demikian rumah sakit merupakan organ yang mempunyai kemandirian untuk melakukan perbuatan hukum (*rechtshandeling*). Rumah sakit bukan manusia dalam arti *persoon* yang dapat berbuat dalam lalu lintas hukum dalam masyarakat sebagai manusia (*natuurlijk persoon*) dan karenanya rumah sakit merupakan *recht persoon*. Hukum telah menjadikan rumah sakit sebagai *rechtspersoon* dan oleh karena itu rumah sakit juga dibebani dengan hak dan kewajiban menurut hukum atas tindakan yang dilakukannya. Chaidir Ali¹⁷ memberikan batasan agar sekumpulan orang dapat menjadi subjek hukum apabila memenuhi persyaratan sebagai berikut:

¹⁵ Hermien Hadiati Koeswadji, *Etika Rumah Sakit dan Hukum Bagi Rumah Sakit*, hlm Citra Aditya Bakti, Bandung 14

¹⁶ Hermien Hadiati Koeswadji, *Op Cit*, hlm 21

¹⁷ Chaidir Ali, 1999, *Badan Hukum*, Alumni, Bandung, hlm 21

1. Perkumpulan orang (organisasi)
2. Dapat melakukan perbuatan hukum (*rechthandeling*) dalam hubungan-hubungan hukum (*rechtsbetreking*) .
3. Mempunyai kekayaan sendiri.
4. Mempunyai pengurus.
5. Dapat digugat atau menggugat di depan pengadilan.

Untuk dapat bernilai sebagai subjek hukum, maka seluruh persyaratan di atas harus dipenuhi (bersifat kumulatif), tidak boleh kurang salah satunya.

Dari paparan tersebut maka Sri Praptianingsih¹⁸ menyimpulkan bahwa rumah sakit swasta bukan sebagai badan hukum, yang mempunyai status badan hukum adalah pemilik dan penyelenggaranya sebagaimana rumah sakit pemerintah.

Tetapi dengan adanya Undang-Undang tentang Rumah Sakit Tahun 2009 sebagaimana pada Pasal 20 dan 21 telah jelas bahwa rumah sakit harus berbadan hukum. Badan hukum adalah keseluruhan dari rumah sakit swasta tersebut. Hanya saja dalam Anggaran Dasar dan Anggaran Rumah Tangga dapat diatur secara terperinci tugas masing-masing komponen dalam rumah sakit tersebut. Biasanya yang diberi

¹⁸ Hermien Hadiati Koeswadji, Op. Cit, hlm 92-93

wewenang untuk melakukan hal-hal yang berkaitan dengan pengadilan atau lalu lintas hukum (misalnya digugat atau menggugat) adalah direktur.

Dikaitkan dengan tanggung jawab atas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit sebagai *rechtspersoon* sering menimbulkan masalah hukum, apabila terjadi tuntutan atau gugatan ganti kerugian dan sebagainya. Apabila dikaitkan dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi medis, maka peran rumah sakit dipengaruhi beberapa hal, yaitu:

1. Struktur organisasi pelayanan medis (dalam arti luas Pelayanan kesehatan) yang membutuhkan peran tenaga kesehatan yang terdiri dari dokter, dokter gigi, perawat, apoteker dan lainnya yang diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan dalam memerankan fungsinya masing-masing.
2. Perilaku sosial dan budaya, terutama yang terkait dengan pandangan dan praktek tenaga kesehatan tersebut sesuai dengan standar profesinya masing-masing (jika sudah ada) dalam upayanya menyelenggarakan pelayanan kesehatan.

Dalam sebuah rumah sakit yang merupakan tempat untuk bekerja para tenaga kesehatan sesuai dengan tugas dan profesinya masing-masing. Menurut Pasal 1 ayat (6) Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009

tentang Kesehatan menyatakan bahwa, 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 kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.

Sebaliknya yang dimaksud dengan tenaga kesehatan menurut Pasal 2 ayat (1) dari Peraturan pemerintah nomor 23 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan terdiri dari, tenaga medis, tenaga keperawatan, tenaga kefarmasian, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga gizi, tenaga keterampilan fisik dan tenaga keteknisan medis. Sedangkan ketentuan ayat (2) menyatakan bahwa yang dimaksud dengan tenaga medis terdiri dari dokter dan dokter gigi.

Dengan demikian di rumah sakit akan melibatkan seluruh tenaga kesehatan yang saling berhubungan satu dengan lainnya dalam melakukan tugas dan profesinya.

Menurut Bahder johan Nasution¹⁹ profesi dokter atau dokter gigi merupakan kelompok fungsional yang bekerja atas dasar profesionalisasinya, tetapi secara administratif mereka adalah pegawai rumah sakit. Mereka dalam melaksanakan tugasnya digaji oleh pemerintah

¹⁹ Bahder johan Nasution, 2005, *hukum Kesehatan Pertanggungjawaban dokter*, Rineke Cipta, Jakarta, hlm. 46

atau pemilik rumah sakit untuk keahlian profesionalnya. Atas dasar hubungan kerja yang demikian secara hukum perbuatan staf medis adalah tanggung jawab rumah sakit. Sebagai bawahan rumah sakit, tenaga medis tetap mempunyai otonomi profesi. Pimpinan rumah sakit sebagai atasan tidak berhak untuk memerintah seorang dokter agar melakukan tindakan-tindakan yang tidak sesuai dengan profesinya atau yang dianggap bertentangan dengan profesinya, misalnya melakukan abortus atau mengabaikan permintaan seseorang untuk euthanasia, sebab yang dapat memerintah seorang dokter untuk melakukan tindakan atau perbuatan yang tidak profesional tersebut hanyalah profesinya. Namun demikian kemandirian dokter dalam melakukan tugasnya di rumah sakit perlu dikendalikan sesuai dengan peraturan yang berlaku. Karena itu rumah sakit harus mempunyai standar prosedur operasional dan diorganisasikan melalui suatu kelompok yang dapat mengarahkan dan mengkoordinasikan kegiatan seluruh tenaga medis.

Jadi rumah sakit sebagai subjek hukum dapat bertanggung jawab secara pidana baik dokter, perawat atau tenaga kesehatan lainnya melakukan kelalaian atau kesalahan yang bertentangan dengan peraturan perundang-undangan baik menurut Undang-Undang Kesehatan, Undang-Undang Rumah Sakit, Undang-Undang Praktik Kedokteran maupun KUHP serta peraturan lainnya.

Di Indonesia dewasa ini dalam rumah sakit secara yuridis yang bertanggung jawab dapat dikelompokkan dalam : Manajemen rumah sakit sebagai organisasi yang dimiliki badan hukum (pemerintah, yayasan, perkumpulan, P.T.) yang pada instansi pertama diwakili oleh Kepala RS/Direktur, Para dokter yang bekerja di rumah sakit, Para perawat, Para tenaga kesehatan lainnya dan tenaga administrasi²⁰

Sebuah rumah sakit bukanlah badan hukum. Pada hakekatnya rumah sakit adalah suatu organisasi yang dibentuk oleh suatu badan hukum (pemerintah, Yayasan, Perkumpulan, P.T., atau badan hukum lainnya). Dengan demikian maka secara yuridis yang bertanggung jawab adalah badan hukum itu sendiri dan bukan rumah sakitnya.

Secara umum rumah sakit mempunyai 4 (empat) bidang tanggung jawab yaitu :

1. Tanggung jawab terhadap Personalia

Hal ini berdasarkan hubungan “Majikan-Karyawan”(*respondeat superior*).. Di dalam tanggung jawab ini termasuk seluruh tenaga karyawan yang bekerja di rumah sakit (para dokter, perawat, bidan, tenaga kesehatan lainnya dan juga tenaga administrasi dan teknis yang sampai merugikan pasien).

²⁰ Guwandi, *Hospital Law(Emerging Doctrines)*, FKUI, 2005, Jakarta. Hlm 12

2. Tanggung jawab professional terhadap Mutu Pengobatan/Perawatan
(*Duty of due care*)

Hal ini berarti bahwa tingkat pemberian pelayanan kesehatan, baik oleh dokter maupun perawat dan tenaga kesehatan lainnya harus berdasarkan ukuran standar profesi. Dengan demikian maka secara yuridis rumah sakit bertanggung jawab bila ada pemberian pelayanan yang tidak lazim atau di bawah standar. Apa yang dianggap “lazim” sampai kini di Negara kita belum ada tolak ukurnya.

3. Tanggung Jawab terhadap Sarana dan Peralatan.

Di dalam bidang tanggung jawab ini termasuk peralatan dasar perhotelan, perumahsakit, peralatan medis, gas medik, dan lain-lain. Yang dipentingkan adalah bahwa peralatan tersebut selalu berada dalam keadaan siap pakai setiap saat dan aman.

4. Tanggung jawab terhadap keamanan bangunan dan perawatannya.

Misalnya bangunan roboh, genteng jatuh sampai mencederai orang. Lantainya sangat licin sehingga sampai ada pengunjung yang jatuh atau bahkan sampai patah tulang dan lain-lain.

Menurut sejarahnya dahulu warga masyarakat yang sakit dan dirawat disebuah rumah sakit pribadi tidak dapat menuntut ganti rugi apabila menderita cedera karena rumah sakit merupakan sebuah lembaga

yang dilindungi oleh doktrin *Charitable Community*. Doktrin tersebut ditegakan terutama karena lembaga-kembaga amal tidak akan mungkin menanggulangi ganti rugi yang harus dibayarkan karena keputusan pengadilan mengenai perkara gugatan pasien.

Pada permulaan abad ke XX mulai terjadi perubahan bahwa rumah sakit dapat dimintai tanggung jawab hukum menurut doktrin "*Respondeat Superior*" dalam arti rumah sakit bertanggung jawab atas tindakan yang dilakukan oleh petugas kesehatan bawahannya baik sebagai status tetap maupun tidak, kecuali bagi mereka yang menjalankan tugas profesi sebagai tamu visitor yang sekarang banyak diselenggarakan di rumah sakit.

Penerapan doktrin *respondeat superior* mempunyai dua tujuan pokok yaitu:

1. Adanya jaminan ganti rugi dibayarkan kepada pemerintah.
2. Mengingat bahwa hukum dan keadilan menghendaki adanya kehati-hatian dalam bertindak.

Dengan berkembangnya ilmu kesehatan secara pesat, rumah sakit pun tidak dapat melepaskan diri dari tanggung jawab pekerjaan yang dilakukan bawahannya. *Doktrin Charitable Community* dalam bidang hukum tidak dapat dipergunakan lagi terhadap tanggung jawab hukum

rumah sakit. Rumah sakit secara institusional bertanggung jawab terhadap segala konsekuensi yang timbul berkenaan dengan pelanggaran terhadap kewajibannya dalam melaksanakan pelayanan kesehatan. Merupakan suatu kewajiban rumah sakit untuk tersedianya dan kesiapan tenaga kesehatan, tersedianya sarana dan fasilitas pelayanan yang siap pakai. Selain itu rumah sakit bertanggung jawab atas pemeliharaan segala sarana dan fasilitas pelayanan kesehatan.

Dalam hal tanggung jawab rumah sakit menurut Miller dapat di dasarkan pada:²¹

1. Pelanggaran kewajiban oleh tenaga kesehatan.
2. Pelanggaran kewajiban oleh rumah sakit. Rumah sakit bertanggung jawab untuk melengkapi segala peralatan yang diperlukan untuk menegakan diagnosa dan pengobatan terhadap pasien.

Dengan demikian pelanggaran kewajiban oleh tenaga kesehatan akan melahirkan tanggung jawab tenaga kesehatan, sedangkan pelanggaran kewajiban rumah sakit akan melahirkan tanggung jawab rumah sakit dalam penyediaan dana dan fasilitas. Atas dasar ini maka

²¹ Guwandi, *Op Cit.* Hlm 20

tanggung jawab hukum dalam pelayanan kesehatan pada dasarnya dibebankan kepada tenaga kesehatan dan rumah sakit.

Kewajiban rumah sakit menurut Kode Etik Rumah Sakit ada beberapa diantaranya sebagai berikut :

1. Kewajiban terhadap umum

Rumah sakit harus mengutamakan pelayanan yang baik dan bermutu secara berkesinambungan serta tidak mendahulukan urusan biaya. Pelayanan yang baik dan bermutu secara berkesinambungan pada dasarnya merupakan penyelenggaraan pelayanan secara menyeluruh, yang satu dengan lainnya terkait dengan erat sedemikian rupa, sehingga terlaksana pelayanan rumah sakit, yang :

- a. Setiap saat memberikan pelayanan
- b. Beranjak dari pendirian dan pandangan bahwa manusia adalah satu kesatuan fisio, psiko dan sosial
- c. Memberi pelayanan kepada pasien selaku konsumen yang dewasa dan mengakui dan menghargai sepenuhnya hak-haknya.
- d. Menjamin diberikannya mutu pelayanan teknik medic yang menunjukkan kemampuan dan keterampilan. Sehubungan

dengan itu, perlu dilakukan berbagai tindakan pengawasan dan pengamanannya.

- e. Menjamin terseleenggaranya mutu pelayanan yang manusiawi dan dilakukan dengan dedikasi tinggi serta penuh dengan kehati hatian
- f. Diselenggarakan sebagai sebuah lembaga sosial ekonomi untuk kepentingan seluruh rakyat yang pada hakikatnya merupakan sumber pembiayaan proses pembiayaan rumah sakit dan oleh karena itu tidak diperkenankan mendahulukan dan mengutamakan hal ikhwal yang menyangkut biaya dari pelayanan, khususnya dalam menghadapi kasus gawat darurat.

2. Kewajiban terhadap masyarakat

Rumah sakit harus senantiasa menyesuaikan kebijakan pelayanannya pada harapan dan kebutuhan masyarakat setempat, dengan memperhatikan antara lain tingkat ekonomi masyarakat, tingkat pendidikan ,budaya masyarakat, komposisi penduduk, pola penyakit, dan sebagainya.

3. Kewajiban terhadap penderita

Rumah sakit harus mengindahkan hak hak asasi pasien. Hak asasi pasien adalah hak hak yang sangat fundamental yang dimiliki pasien sebagai makhluk Tuhan, terutama yang menyangkut hak

hak yang berkaitan dengan pelayanan rumah sakit yang dalam hal ini ada dua (2) hak dasar pasien yaitu :

- a. Hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dan asuhan keperawatan yang bermutu, sesuai dengan standar profesi kedokteran dan standar profesi keperawatan.
- b. Hak untuk menentukan nasib sendiri

Dari kedua hak dasar di atas dapat diturunkan hak-hak pasien lainnya seperti hak untuk memperoleh informasi mengenai kesehatan/penyakitnya, hak untuk memilih rumah sakit, hak untuk memilih dokter, hak atas privasi dan hak atas kerahasiaan pribadinya, hak untuk menyetujui menolak tindakan atau pengobatan yang dilakukan oleh dokter, dan lain-lain kecuali yang dianggap bertentangan dengan undang-undang dan nilai-nilai agama, moral dan nilai-nilai Pancasila, seperti tindakan euthanasia, aborsi tanpa indikasi medis dan yang lain sebagainya yang tidak dapat di benarkan.

4. Kewajiban terhadap tenaga kesehatan yang bekerja di rumah sakit
Rumah sakit harus menjamin agar pimpinan, staf, dan karyawannya senantiasa mematuhi etika profesi masing masing. Tugas penting rumah sakit adalah membina iklim manajerial yang kondusif bagi pendidikan dan pelatihan kepribadian karyawan. Rumah sakit harus mengadakan seleksi tenaga staf dokter,

perawat dan tenaga lainnya berdasarkan nilai, norma, dan standar ketenagaan. Rumah sakit harus menjamin gar koordinasi serta hubungan yang baik antara seluruh tenaga di rumah sakit dapat terpelihara. Rumah sakit harus member kesempatan kepada seluruh tenaga rumah sakit untuk meningkatkan dan menambah ilmu pengetahuan serta keterampilannya.

5. Kewajiban kepada lembaga terkait

Rumah sakit harus memelihara hubungan yang baik dengan pemilik berdasarkan nilai nilai dan etika yang berlaku di masyarakat Indonesia.

Perihal keselamatan pasien juga diatur didalam Pasal 133 Undang-Undang Rumah sakit disebutkan :

- (1) Rumah sakit wajib menerapkan standar keselamatan pasien
- (2) Standar keselamatan pasien sebagaimana diatur pada ayat (1) dilaksanakan melalui pelaporan insiden, menganalisa, dan menetapkan pemecahan masalah dalam rangka menurunkan angka kejadian yang tidak diharapkan.

Dalam Undang-Undang Rumah Sakit selain keselamatan pasien juga diatur tentang perlindungan hukum dan tanggung jawab hukum rumah sakit. Hal ini di atur dalam Pasal 44 yaitu :

- (1) Rumah sakit dapat menolak mengungkapkan segala informasi kepada publik yang berkaitan dengan rahasia kedokteran

- (2) Pasien dan/atau keluarga yang menuntut rumah sakit dan menginformasikannya melalui media massa, dianggap telah melepaskan hak rahasia kedokterannya kepada umum
- (3) Penginformasian kepada media massa sebagaimana yang dimaksud pada ayat (2) memberikan kewenangan kepada pihak rumah sakit untuk mengungkapkan rahasia kedokteran pasien sebagai hak jawab rumah sakit.

Pada Pasal 45 Undang-Undang Rumah Sakit juga menyebutkan :

- (1) Rumah sakit tidak bertanggung jawab secara hukum apabila pasien dan/atau keluarga menolak atau menghentikan pengobatan yang dapat berakibat kematian pasien setelah adanya penjelasan medis yang komprehensif
- (2) Rumah sakit tidak dapat dituntut dalam melaksanakan tugas dalam rangka menyelamatkan nyawa manusia.

Dalam Pasal 46 Undang-Undang rumah sakit mengatur tentang tanggung jawab rumah sakit menyebutkan "Rumah sakit bertanggung jawab secara hukum terhadap semua kerugian yang di timbulkan oleh kelalaian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di rumah sakit". Kalau dicermati pasal ini menunjukkan bahwa semua kerugian yang ditanggung rumah sakit karena tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan karena kelalaiannya. Tindakan tenaga kesehatan yang dapat di pertanggungjawabkan adalah semua tindakan tenaga kesehatan, baik

yang memperatasmakan maupaun tanpa memperatasmakan rumah sakit.

Pelaksanaan tugas tenaga kesehatan pada prinsipnya didasarkan pada hubungan hukum antara tenaga kesehatan dan pasien adalah kepercayaan. Prinsip hubungan kepercayaan menunjukkan adanya kepercayaan pasien kepada tenaga kesehatan bahwa tenaga kesehatan khususnya dokter tahu penyakitnya dan tahu tentang obat yang digunakan untuk menyembuhkan penyakit tersebut, sedangkan prinsip kepercayaan menunjukkan bahwa segala informasi yang telah diberikan oleh pasien kepada dokter berkaitan dengan sakit dan penyakitnya tidak akan diungkapkan kepada orang lain kecuali atas persetujuan pasien atau dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Tanggung jawab dokter dan tenaga kesehatan lainnya apabila yang menjalankan tugasnya di rumah sakit pemerintah, maka pemerintah (dalam hal ini sebagai atasannya) ikut bertanggung jawab. Pertanggungjawaban atasan atas perbuatan dokter dan tenaga kesehatan lainnya didasarkan pada pertimbangan bahwa tenaga kesehatan bekerja untuk dan atas nama rumah sakit yang bersangkutan, serta dalam melaksanakan pekerjaannya terikat pada peraturan kerja yang ada pada rumah sakit tersebut.

Secara umum kesalahan/kelalaian dapat dipersalahkan kepada rumah sakit sebagai badan hukum yakni :

- a. Bila terdapat keputusan/instruksi dari pengurus memberikan tugas-tugasnya dan sebagai akibat dari keputusan mengakibatkan terjadinya kasus.
- b. Bila tidak ada keputusan/instruksi dari pengurus, maka kesalahan/kelalaian tersebut dapat dipersalahkan kepada Direktur rumah sakit, asalkan dapat dibuktikan bahwa ia telah melampaui batas kewenangan yang diberikan kepadanya. Atau bahwa ia telah melakukan suatu kesalahan kasar yang seharusnya diketahui dan tidak dilakukannya.
- c. Pengurus juga dapat dipersalahkan apabila ia mengetahui, namun tidak mencegahnya, bahkan telah menerima baik tindakan yang mengandung unsur kesalahan/kelalaian tersebut
- d. Apabila sebuah rumah sakit melakukan percobaan-percobaan yang bertentangan dengan hukum maka rumah sakit dapat dimintai pertanggungjawabannya secara pidana.
- e. Rumah sakit (Direktur) dalam hal-hal tertentu dapat dimintakan pertanggungjawaban secara pidana apabila ia dalam memerintahkan sesuatu tahu atau seharusnya mengetahui bahwa instruksi tersebut mengandung suatu resiko yang serius bagi pihak ke tiga. Namun tentunya semua itu harus diteliti kasusnya.

Tanggung jawab rumah sakit dilandaskan pada hukum dan peraturan dan perundang-undangan rumah sakit yang berlaku di

Indonesia. Hukum rumah sakit ini meliputi kaidah-kaidah hukum tentang perumahan sakitan dan pemberian pelayanan didalam rumah sakit oleh tenaga kesehatan dan akibat-akibat hukumnya. Dengan demikian tanggung jawab rumah sakit tidak terlepas dari hubungan antara pasien, tenaga kesehatan dan pasien.

Rumah sakit adalah organ yang mempunyai kemandirian untuk melakukan perbuatan hukum. Hukum telah membuat rumah sakit sebagai "recht person" dan oleh karena itu rumah sakit juga dibebani dengan hak dan kewajiban menurut hukum atas tindakan yang dilakukannya. Sebaliknya perlu juga dipahami bahwa rumah sakit sebagai sebuah institusi pelayanan kesehatan merupakan suatu organisasi yang dalam pelaksanaan tugasnya dapat terdistribusi kepada tenaga kesehatan yang ada di dalam rumah sakit.

Secara garis besarnya tanggung jawab rumah sakit jika dilihat dari sudut pelakunya dapat dikelompokkan menjadi tiga golongan :

- a. Tanggung jawab bidang rumah sakit, penanggung jawabnya adalah rumah sakit
- b. Tanggung jawab bidang medik, penanggung jawabnya adalah masing-masing tenaga medis di rumah sakit tersebut
- c. Tanggung jawab di bidang keperawatan, penanggung jawabnya adalah masing-masing perawat, bidan dan para medis non perawatan di rumah sakit tersebut.

Namun dalam suatu rumah sakit pucuk pimpinan dan tanggung jawab terletak kepada kepala rumah sakit yang melakukan manajemen, sehingga sesuatu yang terjadi menimbulkan kerugian kepada pasien yang dilakukan oleh tenaga kesehatan, maka yang bertanggung jawab adalah pihak rumah sakit. Sekali pelayanan kesehatan telah mulai diberikan oleh rumah sakit maka kewajiban untuk menghindari terjadinya kerugian pada pasien dan kewajiban untuk mengambil langkah-langkah untuk perlindungan pasien tersebut.

Dalam kaitannya dengan pertanggungjawaban pekerjaan atau profesi maka tuntutan hukum bukan kepada dokter atau tenaga kesehatan lainnya yang menimbulkan kerugian pasien, tetapi juga terhadap rumah sakit

Dari sudut rumah sakit, maka tanggung jawab rumah sakit meliputi tiga hal sebagai berikut :

- a. Tanggung jawab berkaitan dengan personalia
- b. Tanggung jawab yang menyangkut sarana dan peralatan
- c. Tanggung jawab yang menyangkut kewajiban memberikan pelayanan kesehatan.

D. Perwujudan Tanggung Jawab

Tanggung jawab rumah sakit dilandasi oleh hukum dan perundang-undangan tentang penyelenggaraan rumah sakit yang berlaku di Indonesia.

Hukum rumah sakit meliputi kaidah-kaidah hukum yang mengatur perumahsakitian dan pemberian pelayanan kesehatan di dalam rumah sakit oleh tenaga kesehatan serta akibat-akibat hukumnya. Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan sangatlah pesat, sehubungan dengan hal tersebut maka dalam rangka memberikan kepastian dan perlindungan hukum, baik bagi pemberi jasa pelayanan kesehatan maupun bagi penerima jasa pelayanan kesehatan, untuk meningkatkan, mengarahkan dan memberi dasar bagi pembangunan dibidang kesehatan diperlukan adanya perangkat hukum kesehatan yang dinamis. Banyak terjadi perubahan terhadap kaidah-kaidah kesehatan , terutama mengenai hak dan kewajiban para pihak yang terkait dalam upaya kesehatan serta perlindungan hukum bagi para pihak yang terkait.

Hukum rumah sakit dapat disebut sebagai semua ketentuan hukum yang berhubungan langsung dengan pemeliharaan atau pelayanan kesehatan dan penerapannya serta hak dan kewajiban segenap lapisan masyarakat sebagai penerima pelayanan kesehatan maupun dari pihak penyelenggara pelayanan kesehatan yaitu rumah sakit dalam segala

aspek organisasi, sarana, pedoman medic serta sumber-sumber hukum lainnya.

Hak dan kewajiban rumah sakit dalam pelayanan kesehatan antara lain diatur dalam Undang-Undang No 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Mengenai kewajiban rumah sakit diatur dalam Pasal 29 yang berbunyi :

- (1) Setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban :
 - a. Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan rumah sakit kepada masyarakat;
 - b. Memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu anti diskriminasi, 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 member 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 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 dibidang kesehatan baik secara regional maupun nasional
- q. Membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktek 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 semua lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok.
- (2) Pelanggaran atas kewajiban sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) dikenakan sanksi administrasi berupa :
- a. Teguran;
 - b. Teguran tertulis; atau
 - c. Denda dan pencabutan izin rumah sakit.

Sedangkan mengenai hak rumah sakit diatur dalam Pasal 30 Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit yaitu :

- (1) Setiap rumah sakit mempunyai hak :
- a. Menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi rumah sakit;
 - b. Menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi, insentif, dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. Melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam rangka mengembangkan pelayanan;
 - d. Menerima bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - e. Menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian;

- f. Mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan pelayanan kesehatan;
 - g. Mempromosikan layanan kesehatan yang ada di rumah sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
 - h. Mendapatkan insentif pajak bagi rumah sakit punlik dan rumah sakit yang ditetapkan sebagai rumah sakit pendidikan.
- (2) Ketentuan lebih lanjut mengenai promosi layanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf g diatur dengan Peraturan Menteri.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai insentif pajak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf h diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Mengenai kewajiban pasien di rumah sakit diatur dalam Pasal 31 Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, yang berbunyi:

- (1) Setiap pasien mempunyai kewajiban terhadap rumah sakit atas pelayanan yang diterimanya.
- (2) Ketentuan lebih lanjut mengenai kewajiban pasien diatur dengan Peraturan Menteri.

Pesatnya ilmu pengetahuan di bidang ilmu kesehatan, rumah sakitpun tidak dapat melepaskan diri dari tanggung jawab pekerjaan yang dilakukan oleh bawahannya, rumah sakit secara institutional bertanggung jawab terhadap segala konsumensi yang timbul berkenaan dengan

pelanggaran terhadap kewajibannya dalam melaksanakan pelayanan kesehatan.

Rumah sakit merupakan suatu institusi yang mempunyai kemandirian untuk melakukan perbuatan hukum. Hukum telah menjadikan rumah sakit sebagai "*recht person*" dan karena itu rumah sakit juga dibekali dengan hak dan kewajiban menurut hukum atas tindakan yang dilakukannya. Sebaliknya perlu juga dipahami bahwa rumah sakit sebagai suatu institusi pelayanan kesehatan merupakan suatu organisasi yang dalam pelaksanaan tugasnya di rumah sakit dapat terdistribusi kepada tenaga kesehatan yang ada di dalam rumah sakit. Tanggung jawab dokter dan perawat apabila menjalankan tugasnya di rumah sakit pemerintah, maka pemerintah (dalam hal ini sebagai atasnya) ikut bertanggung jawab. Dengan dipenuhinya syarat badan hukum oleh rumah sakit, maka dalam lalu lintas hukum ia diakui sebagai "*Personal stand in judicio*" artinya dianggap cakap dan berwenang hadir di depan pengadilan, kewenangan berbuat hukum, kewenangan bertindak dan ditindak di muka pengadilan sebagai pihak yang berperkara. Rumah sakit dinyatakan sebagai subjek hukum. Sebagai badan hukum, rumah sakit dibebani pertanggung jawaban baik dari sudut hukum perdata maupun hukum pidana.

Karena dokter yang bekerja pada rumah sakit pemerintah melaksanakan hak dan kewajiban bukanlah hak dan kewajiban aparat melainkan hak dan kewajiban rumah sakit sebagai badan hukum publik.

Sebab itu tanggung jawab dari semua tindakan yang bersumber dari hak dan kewajiban menjadi tanggung jawab rumah sakit.

Secara umum kesalahan/kelalaian dapat dipersalahkan kepada rumah sakit sebagai badan hukum yakni:²²

- a. Bila terdapat keputusan / instruksi dari pengurus memberikan tugas – tugasnya dan sebagai akibat dari keputusan mengakibatkan terjadinya kasus.
- b. Bila tidak ada keputusan / instruksi dari pengurus, maka kesalahan / kelalaian tersebut dipersalahkan kepada direktur rumah sakit, asalkan dapat di buktikan bahwa ia telah melampaui batas wewenang yang diberikan kepadanya. Atau bahwa ia telah melakukan suatu kesalahan yang besar yang seharusnya diketahui dan tidak dilakukan.
- c. Pengurus juga dapat dipersalahkan apabila ia mengakui, namun tidak mencegahnya, bahkan telah menerima baik tindakan yang mengandung unsur kesalahan / kelalaian tersebut.
- d. Apabila sebuah rumah sakit melakukan percobaan - percobaan yang bertentangan dengan hukum maka rumah sakit dapat dimintai pertanggung jawabannya secara pidana.
- e. Rumah sakit (Direktur) dalam hal-hal tertentu dapat dimintai pertanggungjawaban secara pidana apabila ia dalam memerintahkan sesuatu tahu atau seharusnya mengetahui bahwa instruksi tersebut

²² Indar, Op Cit, hlm 193

mengandung suatu risiko yang serius bagi pihak ke tiga. Namun semuanya ini harus diteliti kasusnya.

Dengan demikian rumah sakit (direktur) dalam hal – hal tertentu dapat dimintakan pertanggungjawaban secara pidana apabila ia dalam memerintakan sesuatu tahu atau seharusnya mengetahui bahwa instruksi tersebut mengandung suatu resiko yang serius bagi pihak ketiga. Namun tentunya semuanya ini harus diteliti kasusnya. Hal ini didasarkan atas pertimbangan bahwa dokter bekerja untuk dan atas nama rumah sakit yang bersangkutan, serta dalam melaksanakan pekerjaan terkait kepada peraturan kerja yang ada pada rumah sakit.

Dalam kaitannya dengan pertanggungjawaban pekerjaan atau profesi maka tuntutan hukum bukan hanya terhadap dokter atau tenaga kesehatan lainnya yang menimbulkan kerugian pasien tetapi juga terhadap rumah sakit. Untuk hal ini, maka tanggung jawab rumah sakit meliputi 3 hal sebagai berikut:

- a. Tanggung jawab berkaitan dengan personalia
- b. Tanggung jawab yang menyangkut sarana dan peralatan
- c. Tanggung jawab yang menyangkut kewajiban memberikan pelayanan kesehatan.

Sehubungan dengan tanggung jawab rumah sakit yang berkaitan dengan personalisasi di kenal dengan tiga doktrin yaitu:

Vicarious liability atau respondent superior

Prinsip utama doktrin ini adalah atasanlah yang bertanggung jawab atas semua kerugian yang ditimbulkan bawahan. Rumah sakit yang bertindak sebagai atasan dan staf rumah sakit bertindak sebagai bawahan.

Kriteria inti dari bawahan adalah bertindak untuk atas nama rumah sakit. Pasal 1367 KUHP secara tegas menyebutkan;

“ seseorang tidak saja bertanggung jawab untuk kerugian yang disebabkan karena perbuatannya sendiri, tetapi juga untuk kerugian yang disebabkan oleh orang-orang yang menjadi tanggungannya atau disebabkan oleh barang-barang yang di bawah pengawasannya”.

Corporate liability (hospital liability)

Menurut doktrin ini rumah sakit bertanggung jawab atas semua kejadian atau peristiwa di dalam rumah sakit.

Secara garis besarnya tanggung jawab rumah sakit jika dilihat dari sudut pelakunya dapat dikelompokkan menjadi tiga golongan: (Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit)

- a. Tanggung jawab bidang rumah sakit, penanggung jawabnya adalah direktur rumah sakit
- b. Tanggung jawab bidang medik, penanggung jawabnya adalah masing-masing tenaga medis di rumah sakit tersebut
- c. Tanggung jawab di bidang keperawatan, penanggung jawabnya adalah masing-masing perawat, bidan dan paramedik non perawatan di rumah sakit tersebut.

Strict liability

Dalam doktrin ini dianut bahwa rumah sakit bertanggung jawab atas semua kejadian terlepas dari kesalahan rumah sakit tersebut. Di sini berlaku asas "*res ipsa laquitor*" yaitu fakta telah berbicara sendiri. Model pembuktian ini dimungkinkan pembebanan pembuktian dapat dialihkan dari penggugat (pasien dan atau keluarga) kepada tergugat (dokter dan rumah sakit).

Prinsip dasar model pembuktian ini adalah kelalaian pihak tenaga kesehatan sedemikian jelasnya sehingga seorang awam pun dapat menilainya. Konflik dalam pelayanan kesehatan pada rumah sakit kemungkinan dapat terjadi baik antara pasien dengan tenaga kesehatan, maupun antara pasien dengan rumah sakit. Hak-hak pasien yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan tersebar dalam berbagai peraturan perundang-undangan, seperti Undang-Undang Nomor 44 tentang Rumah Sakit, Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen, KUH Perdata dan KUHP. Ketentuan ini masih perlu disosialisasikan ke setiap rumah sakit untuk lebih diketahui dan dipahami oleh pasien, keluarga dan masyarakat.

Dalam Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, mengenai hak-hak pasien di rumah sakit diatur dalam Pasal 32 :
Setiap pasien mempunyai hak:

- a. Memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di rumah sakit;
- b. Memperoleh informasi mengenai hak dan kewajiban pasien;
- c. Memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi;
- d. Memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar operasional prosedur;
- e. Memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi;
- f. Mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan;
- g. Memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di rumah sakit;
- h. Meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Izin Praktek (SIP) baik di dalam maupun di luar rumah sakit;
- i. Mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya;
- j. Mendapat informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis , tujuan tindakan medis, alternative tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan;

- k. Memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya;
- l. Didampingi keluarga dalam keadaan kritis;
- m. Menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lain;
- n. Memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam masa perawatan di rumah sakit;
- o. Mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan rumah sakit terhadap dirinya;
- p. Menolak layanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya;
- q. Menggugat dan/atau menuntut rumah sakit apabila rumah sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana; dan
- r. Mengeluhkan pelayanan rumah sakit yang tidak sesuai standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan perundang-undangan yang berlaku.

Hospital *liability* merupakan doktrin pertanggungjawaban rumah sakit yang dianut di Indonesia. Tanggung jawab rumah sakit ini meliputi tanggung jawab yang berkaitan dengan perorangan dan tanggung jawab yang menyangkut kewajiban memberikan pelayanan kesehatan.

E. Kelalaian

Seseorang dikatakan telah berbuat kelalaian apabila melakukan suatu tindakan yang seharusnya tidak dilakukan, atau sebaliknya tidak melakukan sesuatu yang seharusnya dilakukan menurut ukuran seseorang yang biasa, wajar dan hati-hati.

Didalam arti kelalaian sudah tersirat sifat sembrono atau sembarangan (*heedlessness or carelessness*) yang merupakan tindakan yang menyimpang dari tolok ukur yang secara umum biasanya tidak diharapkan terhadap setiap anggota masyarakat. Anggota yang wajar dalam melakukan suatu tindakan akan selalu menjaga agar jangan sampai mencelakakan sesama manusia.

Kelalaian juga bisa terjadi walaupun seorang dokter/dokter gigi dan perawat sudah memperhitungkan akibat dari tindakannya dan juga telah mempertimbangkan sebaik-baiknya, namun ia lalai atau tidak menyiapkan upaya pencegahan terhadap suatu resiko yang bisa menimbulkan bahaya terhadap pasiennya.

1. Tingkat-tingkat kelalaian

Oleh hukum hanya dibedakan 2 (dua) tingkat kelalaian :

- a. Yang bersifat ringan, biasa (*slight, simple, ordinary*), yaitu apabila seseorang tidak melakukan apa yang seorang biasa, wajar dan berhati-hati dalam melakukan, atau justru melakukan apa yang orang

lain yang wajar tidak akan melakukan didalam sesuatu yang meliputi keadaan tersebut,

- b. Yang bersifat kasar, berat (*gross, serious*), yaitu apabila seseorang dengan sadar dan dengan sengaja tidak melakukan atau melakukan sesuatu yang sepatutnya tidak dilakukan.

2. Unsur-unsur kelalaian

Untuk berhasilnya suatu tuntutan berdasarkan kelalaian Hariyani menyebutkan harus dipenuhi 4 (empat) unsur²³, yaitu:

- a. *Duty to use due care.*

Tidak ada kelalaian jika tidak ada kewajiban untuk mengobati. Hal ini berarti harus ada hubungan hukum antara pasien dan dokter atau rumah sakit. Dengan adanya hubungan hukum, maka implikasinya adalah bahwa sikap tindak dokter/perawat rumah sakit itu harus sesuai dengan standard pelayan medis agar pasien jangan sampai menderita cedera karenanya. Hubungan pasien-dokter/perawat rumah sakit itu sudah harus ada pada saat peristiwa itu terjadi.

- b. *Dereliction (breach of duty)*

Apabila sudah ada kewajiban, maka seorang dokter/perawat rumah sakit harus bertindak sesuai dengan standar profesi yang berlaku. Jika terjadi penyimpangan dari standar tersebut, maka ia dapat dipersalahkan, bukti adanya suatu penyimpangan dapat diberikan

²³ Anny Isfandyarie, Op Cit, hlm 221

mulai saksi ahli, catatan-catatan pada rekam medis, kesaksian perawat dan bukti-bukti lainnya.

c. *Damage (injury)*

Unsur ketiga adalah cedera atau kerugian yang diderita pasien, walaupun seorang dokter atau rumah sakit dituduh telah berlaku lalai, tetapi jika tidak sampai menimbulkan luka/cedera atau kerugian kepada pasien maka ia tidak dapat dituntut ganti kerugian.

Istilah luka (*injury*) tidak saja dalam bentuk fisik, namun kadangkala juga termasuk gangguan mental yang hebat. Juga apabila terjadi pelanggaran hak privasi orang lain.

d. *Direct causation (proximate cause)*

Untuk berhasilnya suatu gugatan ganti rugi berdasarkan malpraktik medic, maka harus ada hubungan kausal yang wajar antara sikap tindak tergugat (dokter/rumah sakit) dengan kerugian yang diderita oleh pasien sebagai akibatnya. Tindakan tersebut harus merupakan penyebab langsung. Hanya atas dasar penyimpangan saja, belum cukup untuk mengajukan tuntutan ganti kerugian. Kecuali jika sikap penyimpangan itu sedemikian tidak wajar, sehingga mencederai pasien. Namun apabila pasien tersebut sudah diperiksa secara adekuat oleh dokter, maka hanya atas dasar kekeliruan dalam menegakan diagnose saja tidaklah cukup kuat untuk meminta pertanggungjawaban hukumnya.

Bila kelalaian tersebut dihubungkan dengan hukum pidana, maka Jonkers mengemukakan empat unsur sebagai berikut :²⁴

- a. Perbuatan itu bertentangan dengan hukum (*weerrechtelijkheid*)
- b. Akibat dari perbuatan bisa dibayangkan (*vorzienbaarheid*)
- c. Akibat perbuatan sebenarnya bisa dihindari (*vermijdbaarheid*)
- d. Perbuatan tersebut dapat dipersalahkan kepadanya (*verwijtbaarheid*), karena sebenarnya pelaku sudah dapat membayangkan dan dapat menghindarinya.

F. Standar Operasional Prosedur (SOP)

Standar operasional prosedur adalah suatu perangkat instruksi atau langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu. Standar operasional prosedur memberikan langkah yang benar dan terbaik menurut konsensus bersama untuk melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh sarana pelayanan kesehatan berdasarkan standar profesi.

Standar pelayanan kesehatan di rumah sakit merupakan pengaturan teknis klinis yang bersifat lebih detail dan berpedoman pada standar pelayanan medis, standar pelayanan keperawatan dan standar

²⁴ Guwandi, Op Cit, hlm 30

pelayanan rumah sakit itu sendiri sesuai dengan kondisi rumah sakit yang bersangkutan. Sementara standar operasional prosedur sebagai tolok ukur untuk mengendalikan kualitas pelayanan medis. Standar operasional prosedur ini bertujuan mengatur sampai sejauh mana batas-batas kewenangan dan tanggung jawab etik dan hukum dokter dan perawat terhadap pasien, maupun tanggung jawab rumah sakit terhadap *medical staff* dan sebaliknya. Standar operasional prosedur ini juga akan mengatur hubungan antara tenaga medis dengan teman sejawat dalam satu tim, tenaga medis dengan perawat, serta merupakan tolok ukur bagi seorang dokter untuk menilai dapat tidaknya dimintakan pertanggungjawaban hukumnya jika terjadi kerugian bagi pasien.

Veronica Komalawati dalam Syahrul Machmud²⁵ menyebutkan bahwa, standar operasional prosedur sebagai prosedur yang diuraikan oleh pemberi pelayanan dari setiap spesialisasi, yang dalam aplikasinya disesuaikan dengan fasilitas dan sumber daya yang ada. Standar operasional prosedur ini merupakan acuan atau pelengkap bagi rumah sakit karena dapat mengikuti kondisi rumah sakit di mana prosedur itu ditetapkan.

Standar operasional prosedur yang dimaksud dapat berupa tindakan yang meliputi:

²⁵ Syahrul Machmud, OP Cit, hal 160.

1. *Anamnesa*, yaitu kegiatan tanya jawab dokter/dokter gigi atau perawat kepada pasien mengenai penyakit atau keluhan yang dirasakan pasien.
2. *Physic diagnostic*, berupa pemeriksaan jasmani pasien.
3. Pemeriksaan tambahan bila dianggap perlu, berupa pemeriksaan laboratorium, rontgen, dan sebagainya.
4. Terakhir adalah tindakan medis.

G. Keselamatan pasien (*Patient safety*)

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/Menkes/VIII/2011, keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem di mana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang 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 dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

Adapun tujuan dari keselamatan pasien adalah :

1. Mencegah dan menurunkan kejadian yang tidak diharapkan dari kesalahan medis (medical error) di rumah sakit.
2. Peningkatan keselamatan pasien dan menciptakan budaya keselamatan pasien di rumah sakit
3. Mencegah terjadinya kesalahan yang diketahui/tampak serta mengurangi dampak akibat dari kesalahan tersebut.
4. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian yang tidak diharapkan.

Aspek hukum terhadap "*patient safety*" atau keselamatan pasien adalah sebagai berikut :

- a. Pasal 53 ayat (3) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

"Pelaksanaan Pelayanan kesehatan harus mendahulukan pertolongan keselamatan nyawah pasien dibanding kepentingan lainnya."

- b. Pasal 32 huruf n Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit

"Setiap pasien berhak memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di rumah sakit".

c. Pasal 58 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

1) setiap orang berhak menuntut ganti rugi terhadap seseorang, tenaga kesehatan, dan/atau penyelenggara yang menimbulkan kerugian akibat kesalahan atau kelalaian dalam pelayanan kesehatan yang diterimanya.

2) Tuntutan ganti rugi sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) tidak berlaku bagi tenaga kesehatan yang melakukan tindakan penyelamatan nyawa atau pencegahan kecacatan seseorang dalam keadaan kritis.

d. Pasal 29b Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah sakit

“Setiap rumah sakit mempunyai kewajiban member pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai standar pelayanan rumah sakit”.

e. Pasal 46 Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit

“Rumah sakit bertanggung jawab secara hukum terhadap semua kerugian yang ditimbulkan atas kelalaian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di rumah sakit”.

Proses dalam suatu rumah sakit yang memberi pelayanan kepada pasien yang lebih aman, termasuk di dalamnya assesmen risiko, identifikasi dan manajemen risiko terhadap pasien, pelaporan dan analisis insiden,

kemampuan untuk belajar dan menindak lanjuti insiden dan menerapkan solusi untuk mengurangi serta meminimalisir risiko.

Pasal 3 (b) Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit mengatur :

“memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit”

Pasal 43 Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit mengatur:

1. Rumah sakit wajib menerapkan standar keselamatan pasien.
2. Standar keselamatan pasien sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui pelaporan insiden, menganalisa, dan menetapkan pemecahan masalah dalam rangka menurunkan angka kejadian yang tidak diharapkan.
3. Rumah sakit melaporkan kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) kepada komite yang membidangi keselamatan pasien yang ditetapkan oleh Menteri.
4. Pelaporan insiden keselamatan pasien sebagaimana yang dimaksud pada ayat (2) dibuat secara anonym dan ditujukan untuk mengoreksi sistem dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien.

5. Ketentuan lebih lanjut mengenai standar keselamatan pasien sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diatur dengan Peraturan Menteri.

H. Infeksi nosokomial

1. Pengertian Dan Perkembangan Penanganann Infeksi Nosokomial

Nosokomial berasal dari bahasa Yunani, dari kata *nosos* yang artinya penyakit dan *komeo* yang artinya merawat. Nosokomion berarti tempat untuk merawat/rumah sakit. Jadi infeksi nosokomial dapat diartikan sebagai infeksi yang diperoleh atau terjadi di rumah sakit.

Penderita yang sedang dalam proses perawatan di rumah sakit, baik dengan penyakit dasar tunggal maupun penderita dengan penyakit dasar lebih dari satu, secara umum keadaan umumnya tentu tidak/kurang baik, sehingga daya tahan tubuhnya menurun. Hal ini akan mempermudah terjadinya infeksi silang karena kuman-kuman, virus dan sebagainya akan masuk ke dalam tubuh penderita yang sedang dalam proses perawatan dengan mudah. Infeksi yang terjadi pada penderita-penderita yang sedang dalam proses perawatan ini disebut infeksi nosokomial.

Secara sederhana batasan infeksi nosokomial adalah infeksi yang didapat penderita dalam masa perawatan di rumah sakit. Suatu infeksi dikatakan didapat di rumah sakit apabila memiliki ciri-ciri:

1. Pada waktu penderita mulai dirawat di rumah sakit tidak didapatkan tanda-tanda klinik dari infeksi tersebut.
2. Pada waktu penderita mulai dirawat di rumah sakit, tidak sedang dalam masa ikubasi penyakit tersebut.
3. Tanda-tanda klinik infeksi tersebut timbul sekurang-kurangnya setelah 3 x 24 jam sejak mulai perawatan;
4. Infeksi tersebut bukan merupakan sisa (*residual*) dari infeksi sebelumnya;
5. Bila saat dirawat di rumah sakit sudah ada tanda-tanda infeksi, dan terbukti infeksi tersebut didapat penderita ketika dirawat di rumah sakit yang sama pada waktu yang lalu, serta belum pernah dilaporkan sebagai infeksi nosokomial.

Dari batasan infeksi nosokomial di atas, ada catatan khusus yang perlu diketahui:

- a. Pasien yang sedang dalam proses perawatan di rumah sakit dan menderita keracunan makanan dengan penyebab bukan produk bakteri, tidak termasuk infeksi nosokomial;
- b. Untuk penderita yang telah keluar dari rumah sakit dan kemudian timbul tanda-tanda infeksi, dapat digolongkan sebagai infeksi nosokomial apabila infeksi tersebut dapat dibuktikan berasal dari rumah sakit;

- c. Infeksi yang terjadi pada petugas pelayanan medik (dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya) serta keluarga/pengunjung tidak termasuk infeksi nosokomial.

Infeksi nosokomial dikenal pertama kali pada tahun 1847 oleh Semmelweis dan hingga saat ini tetap menjadi masalah yang menjadi perhatian. Sejak tahun 1950 infeksi nosokomial telah diteliti dengan sungguh-sungguh di berbagai Negara, terutama di Amerika Serikat dan Eropa. Insiden infeksi nosokomial berlainan antara rumah sakit dengan rumah sakit lainnya. Angka infeksi nosokomial yang tercatat di berbagai Negara berkisar antara 3,3%-9,2%, artinya sekian persen penderita yang dirawat tertular infeksi nosokomial dan dapat terjadi secara akut atau secara kronis.

Saat ini angka kejadian infeksi nosokomial telah dijadikan salah satu tolok mutu pelayanan rumah sakit. Izin operasional sebuah rumah sakit dapat di cabut karena tingginya angka kejadian infeksi nosokomial. Bahkan pihak asuransi tidak mau membayar biaya yang ditimbulkan infeksi nosokomial sehingga pihak penderita sangat dirugikan.

Di Indonesia RSUP dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta dan RSUP dr. Soetomo Surabaya pada tahun 1983-1984 mulai aktif meneliti dan menangani infeksi nosokomial. Sampai saat ini hampir dipastikan semua

rumah sakit besar di Indonesia telah membentuk dan memiliki Panitia Medik Pengendalian Infeksi, dengan tugas utamanya mencegah dan mengendalikan infeksi nosokomial. Infeksi nosokomial tidak hanya merugikan penderita, tetapi juga merugikan pihak rumah sakit serta perusahaan atau pemerintah dimana penderita bekerja.

2. Proses Terjadinya Infeksi Nosokomial

Secara umum, proses terjadinya penyakit melibatkan tiga faktor yang saling berinteraksi, yaitu:

1. Faktor penyebab penyakit, yang sering disebut agen (*agent*);
2. Faktor manusia, yang sering disebut pejamu (*host*);
3. Faktor lingkungan.

Ketiga faktor tersebut saling mempengaruhi dan dalam epidemiologi disebut segitiga epidemiologi atau disebut trias penyebab penyakit.

Penyakit dapat timbul dengan berbagai penyebab, salah satunya adalah mikroba pathogen seperti bakteri, virus, dan jamur. Penyakit yang disebabkan oleh mikroba pathogen ini disebut penyakit infeksi.

Mikroba sebagai makhluk hidup harus berkembang biak, bergerak, dan berpindah tempat untuk bertahan hidup. Habitat mikroba ini untuk berkembang biak dan bertahan hidup disebut dengan reservoir.

Dalam garis besarnya, mekanisme transmisi mikroba pathogen ke pejamu yang rentan melalui dua cara:

1. Transmisi langsung (*direct transmission*)

Penularan langsung oleh mikroba pathogen ke pintu masuk yang sesuai dari pejamu. Sebagai contoh adalah adanya sentuhan, gigitan, ciuman atau adanya *droplet nuclei* saat bersin, batuk, berbicara, atau saat transfusi darah dengan darah yang terkontaminasi mikroba pathogen.

2. Transmisi tidak langsung (*indirect transmission*)

Penularan mikroba pathogen yang memerlukan adanya “media perantara”, baik berupa barang/bahan, air, udara, makanan/minuman, maupun vector.

Ada beberapa faktor yang berperan memberi peluang terjadinya infeksi nosokomial, faktor-faktor tersebut adalah:

- a. Faktor-faktor yang ada pada diri penderita (*intrinsic factor*) seperti umur, jenis kelamin, kondisi umum penderita, risiko terapi, atau

adanya penyakit lain yang menyertai penyakit dasar (multipatologi) beserta komplikasinya. Faktor-faktor ini adalah faktor predisposisi.

- b. Faktor perawatan, seperti lamanya hari perawatan (*length of stay*), menurunnya standar pelayanan perawatan, serta padatnya penderita dalam satu ruangan.
- c. Faktor mikroba patogen seperti tingkat kemampuan invasi serta tingkat kemampuan merusak jaringan, lamanya pemaparan (*length of exposure*) antara sumber penularan (*reservoir*) dengan penderita.

Semua petugas pelayanan medis benar-benar harus memahami hal ini sehingga penderita yang masih dalam proses perawatan terhindar dari infeksi nosokomial. Standar pelayanan perawatan, sanitasi rumah sakit, dan seterusnya harus tetap dijaga, hal ini merupakan bagian dari upaya menjaga mutu atau *quality assurance* rumah sakit.

Pada prinsipnya setiap penderita yang menjalani proses perawatan, yang berada di kamar/bangsal perawatan dapat terserang infeksi nosokomial, namun infeksi nosokomial yang terjadi banyak ditentukan oleh prosedur dan tindakan medis yang dilakukan.

Seorang penderita yang diharuskan masuk rumah sakit untuk menjalani proses perawatan didasari oleh adanya pertimbangan medis,

antara lain untuk mempertegas diagnose, mengobservasi perkembangan penyakit, menjalani beberapa prosedur dan tindakan medis serta terapi untuk pemulihan kesehatannya.

Indikasi masuk rumah sakit (rawat inap), dapat dijalani dalam beberapa hari saja atau bahkan memerlukan waktu yang cukup lama. Selama menjalani proses perawatan (24 jam), penderita lebih lama kontak/berkomunikasi dengan tenaga-tenaga keperawatan daripada tenaga-tenaga pelayanan medis lainnya. Oleh karena itu berbagai keluhan (subjektif) maupun tanda-tanda klinik penderita, dapat diketahui dan didokumentasikan oleh tenaga-tenaga keperawatan.

3. Dampak Infeksi Nosokomial

Infeksi nosokomial menambahkan ketidakberdayaan fungsional, tekanan emosional, dan kadang-kadang pula pada beberapa kasus akan menyebabkan kondisi kecacatan sehingga menurunkan kualitas hidup. Sebagai tambahan, infeksi nosokomial sekarang juga merupakan salah satu penyebab kematian.

Konsekuensinya, di Negara dengan sumber daya rendah, upaya pencegahan infeksi nosokomial harus dianggap jauh lebih penting jika, upaya untuk memperbaiki pelayanan kesehatan di rumah sakit dan di fasilitas kesehatan lainnya akan dilakukan.

4. Pengelolaan Infeksi Nosokomial

Hal lain yang merupakan kompleksitas sebuah rumah sakit adalah adanya sejumlah orang/personil yang secara bersamaan berada dirumah sakit, sehingga rumah sakit menjadi sebuah “gedung pertemuan” sejumlah orang/personil secara serempak, berinteraksi langsung maupun tidak langsung mempunyai kepentingan dengan penderita-penderita yang dirawat di rumah sakit. Mereka itu adalah dokter, perawat, bidan, dan tenaga kesehatan lainnya serta tenaga administrasi dan pengamanan, pengunjung/keluarga penderita para *detailman* bahkan polisi. Pada rumah sakit pendidikan kompleksitas itu semakin bertambah dengan adanya para mahasiswa kedokteran, keperawatan, kebidanan, dan lainnya serta calon dokter ahli/PPDS (Program Pendidikan Dokter Spesialis).

Dari gambaran kondisi tersebut, jelas sulit dan sukar untuk mencegah penularan penyakit infeksi, khususnya mencegah terjadinya “*cross infection*” atau infeksi silang dari orang/personil tersebut ke penderita-penderita yang sedang dirawat. Kondisi ini dapat diperparah lagi bila sanitasi rumah sakit tidak terjaga dengan baik.

Seperti diketahui, penderita yang terindikasi harus menjalani proses perawatan, yaitu penderita harus menjalani observasi, tindakan medis akut, atau pengobatan yang berkesinambungan. Daya tahan tubuh

yang lemah sangat rentan terhadap penyakit infeksi. Masuknya mikroba atau tranmisi mikroba, tentunya berasal dari sekitar penderita, di mana penderita menjalani perawatan seperti:

1. Penderita lain, yang juga sedang menjalani proses perawatan;
2. Petugas pelaksana (dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya);
3. peralatan medis yang digunakan;
4. tempat (ruangan/bangsal/kamar) di mana penderita dirawat;
5. tempat/kamar di mana penderita menjal;ani tindakan medis akut seperti kamar operasi dan kamar bersalin;
6. makanan dan minuman yang disajikan;
7. lingkungan rumah sakit secara umum.

Semua unsur di atas, besar atau kecil dapat memberi kontribusi terjadinya infeksi nosokomial. Pencegahan melalui pengendalian infeksi nosokomial di rumah sakit saat ini mutlak harus dilaksanakan oleh seluruh jajaran manajemen rumah sakit. Dimulai dari direktur, wakil direktur pelayanan medis, wakil direktur umum, kepala UPF, para dokter, perawat, bidan, dan tenaga kesehatan lainnya.

Obyek pengendalian infeksi nosokomial adalah mikroba pathogen yang dapat berasal dari unsur-unsur di atas. Untuk dapat

mengendalikannya diperlukan adanya mekanisme kerja atau sistem yang bersifat lintas sektoral/bagian dan diperlukan adanya sebuah wadah atau organisasi di luar struktur organisasi rumah sakit yang telah ada. Dengan demikian diperlukan adanya kemudahan berkomunikasi dan berkonsultasi langsung dengan petugas pelaksana di setiap bagian/ruangan/bangsal yang terindikasi adanya infeksi nosokomial. Wadah atau organisasi ini adalah Panitia Medik Pengendalian Infeksi.

Pencegahan artinya jangan sampai timbul, sedangkan pengendalian artinya meminimalkan timbulnya resiko infeksi. Dengan demikian tugas utama Panitia Medik Pengendalian Infeksi adalah mencegah dan mengendalikan infeksi dengan cara menghambat pertumbuhan dan transmisi mikroba yang berasal dari "sumber" di sekitar penderita yang sedang dirawat.

Tindakan atau upaya pencegahan penularan penyakit infeksi adalah tindakan yang paling utama. Upaya pencegahan ini dapat dilakukan dengan cara memurus rantai penularannya. Rantai penularan adalah rentetan proses berpindahnya mikroba pathogen dari sumber penularan (reservoir) ke pejamu dengan atau tanpa media perantara. Jadi, kunci untuk mencegah atau mengendalikan penyakit infeksi adalah mengeliminasi mikroba pathogen yang bersumber pada reservoir serta

mengamati mekanisme transmisinya, khususnya yang menggunakan media perantara.

Sebagian besar infeksi dapat dicegah dengan strategi yang telah tersedia secara relatif murah, yaitu:

1. mentaati praktik pencegahan infeksi yang dianjurkan, terutama kebersihan dan kesehatan tangan serta pemakaian sarung tangan.
2. Memperhatikan dengan seksama proses yang telah terbukti bermanfaat untuk dekontaminasi dan pencucian peralatan dan benda lain yang kotor, diikuti dengan sterilisasi atau desinfeksi tingkat tinggi; dan
3. Meningkatkan keamanan dalam ruang operasi dan area berisiko tinggi lainnya di mana kecelakaan perluasan yang sangat serius dan paparan pada agen penyebab infeksi sering terjadi.

I. Organisasi Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi (Kepmenkes RI Nomor 270/Menkes/SK/III/2007)

Organisasi Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi (PPI) berdasarkan kaidah organisasi yang miskin struktur dan kaya fungsi dan dapat menyelenggarakan tugas, wewenang dan tanggung jawab secara efektif dan efisien. Efektif dimaksud agar sumber daya yang ada di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dapat dimanfaatkan secara optimal.

A. Pimpinan dan staf

Pimpinan dan petugas kesehatan dalam komite dan tim PPI diberi kewenangan dalam menjalankan program dan menentukan sikap pencegahan dan pengendalian infeksi.

Kriteria :

1. Komite PPI disusun minimal terdiri dari ketua, sekretaris dan anggota.

Ketua sebaiknya dokter (IPCO/Infection Prevention and Control Officer), mempunyai minat, kepedulian dan pengetahuan, pengalaman, mendalami masalah infeksi, mikrobiologi klinik, atau epidemiologi klinik.

Sekretaris sebaiknya perawat senior (IPCN/Infection prevention and control nurse), yang disegani, berminat, mampu, dan aktif.

Anggota dapat terdiri dari: Dokter wakil dari setiap SMF (Staf Medik Fungsional), Dokter ahli epidemiologi, Dokter mikrobiologi/patologi klinik, Laboratorium, Farmasi, Perawat PPI, CCSD, Instalasi pemeliharaan sarana rumah sakit, Sanitasi, Gizi, House keeping, K3 (Kesehatan dan Keselamatan Kerja), Petugas kamar jenazah

2. Tim PPI terdiri dari perawat PPI/IPCN dan 1 dokter PPI setiap 5 perawat PPI
3. Rumah sakit harus mempunyai IPCN yang bekerja penuh waktu, dengan ratio 1 (satu) untuk tiap (100-150) tempat tidur di rumah sakit.
4. Dalam bekerja IPCN dapat dibantu beberapa IPCLN (*Infection Prevention and Control Link Nurse*) dari tiap unit, terutama yang beresiko terjadinya infeksi.

A.1. Direktur

Tugas Direktur :

1. Membentuk komite dan tim PPIRS dengan Surat Keputusan.

2. Bertanggung jawab dan memiliki komitmen yang tinggi terhadap penyelenggaraan upaya pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial.
3. Bertanggung jawab terhadap tersedianya fasilitas sarana dan prasarana termasuk anggaran yang dibutuhkan.
4. Menentukan kebijakan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial.
5. Mengadakan evaluasi kebijakan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial berdasarkan saran dari tim PPIRS.
6. Mengadakan evaluasi kebijakan pemakaian antibiotika yang rasional dan desinfektan di rumah sakit berdasarkan saran dari tim PPIRS.
7. Dapat menutup suatu unit perawatan atau instalasi yang dianggap potensial menularkan penyakit untuk beberapa waktu sesuai kebutuhan sesuai saran dari tim PPIRS.

A.2. Komite PPI

Kriteria anggota komite PPI :

1. Mempunyai minat dalam PPI.
2. Pernah mengikuti pendidikan PPI

Tugas dan tanggung jawab komite PPI :

1. Membuat dan mengevaluasi kebijakan PPI

2. Melaksanakan sosialisasi kebijakan PPIRS, agar kebijakan dapat dipahami dan dilaksanakan oleh petugas kesehatan rumah sakit.
3. Membuat SOP PPI.
4. Menyusun dan mengevaluasi pelaksanaan program pelatihan dan pendidikan PPI.
5. Bekerjasama dengan tim PPI dalam melakukan investigasi masalah atau KLB infeksi nosokomial.
6. Member usulan untuk mengembangkan dan meningkatkan cara pencegahan dan pengendalian infeksi.
7. Memberikan konsultasi pada petugas kesehatan rumah sakit dan fasilitas pelayanan lainnya dalam PPI.
8. Mengusulkan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip PPI dan aman bagi yang menggunakan.
9. Mengidentifikasi temuan di lapangan dan mengusulkan pelatihan untuk meningkatkan kemampuan sumber daya manusia (SDM) rumah sakit dalam PPI.
10. Melakukan pertemuan berkala, termasuk evaluasi kebijakan.
11. Menerima laporan dari tim PPI dan membuat laporan kepada direktur.
12. Berkoordinasi dengan unit terkait lain.
13. Memberikan usulan kepada Direktur untuk pemakaian antibiotika yang rasional di rumah sakit berdasarkan hasil pantauan kuman dan

resistensinya terhadap antibiotika dan penyebar-luasan data resistensi antibiotika.

14. Menyusun kebijakan kesehatan dan keselamatan kerja (K3).
15. Turut menyusun kebijakan *clinical governance and Patient safety*.
16. Mengembangkan, mengimplementasikan dan secara periodic mengkaji kembali rencana manajemen PPI apakah telah sesuai kebijakan manajemen rumah sakit.
17. Memberikan masukan yang menyangkut konstruksi bangunan dan pengadaan alat dan bahan kesehatan, renovasi ruangan, cara pemrosesan alat, menyimpan alat dan linen sesuai dengan prinsip PPI.
18. Menentukan sikap penutupan ruangan rawat bila diperlukan karena potensial menyebabkan infeksi.
19. Melakukan pengawasan terhadap tindakan-tindakan yang menyimpang dari standar prosedur/monitoring surveilans proses.
20. Melakukan investigasi, menetapkan dan melaksanakan penanggulangan infeksi bila ada KLB di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.

A, 3. IPCO/ Infection Prevention and control Officer

Kriteria IPCO :

1. Ahli atau dokter yang mempunyai minat PPI.

2. Mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar PPI.
3. Memiliki kemampuan leadership.

Tugas IPCO :

1. Berkontribusi dalam diagnosis dan terapi yang benar.
2. Turut menyusun pedoman penulisan resep antibiotic dan surveilans.
3. Mengidentifikasi dan melaporkan kuman pathogen dan pola resistensi antibiotika.
4. Bekerjasama dengan perawat PPI memonitor kegiatan surveilans infeksi dan mendeteksi serta menyelidiki KLB.
5. Membimbing dan mengajarkan praktek dan prosedur PPI yang berhubungan dengan prosedur terapi.
6. Turut memonitor cara kerja tenaga kesehatan dalam merawat pasien.
7. Turut membantu semua petugas kesehatan untuk memahami pencegahan dan pengendalian infeksi.

a.4. IPCN (Infection prevention and control nurse)

Kriteria IPCN :

1. Perawat dengan pendidikan minimal D3 dan memiliki sertifikasi PPI.
2. Memiliki komitmen di bidang pencegahan dan pengendalian infeksi.
3. Memiliki pengalaman sebagai kepala ruangan atau setara.
4. Memiliki kemampuan leadership, inovatif dan confident.

5. Bekerja Purna waktu.

Tugas dan tanggung jawab IPCN :

1. Mengunjungi ruangan setiap hari untuk memonitor kejadian infeksi yang terjadi di lingkungan kerjanya, baik rumah sakit dan pelayanan kesehatan lainnya.
2. Memonitor pelaksanaan PPI, penerapan SOP, kewaspadaan isolasi.
3. Melaksanakan surveilans infeksi dan melaporkan kepada komite PPI.
4. Bersama komite PPI melakukan pelatihan petugas kesehatan tentang PPI di rumah sakit dan fasilitas pelayanan lainnya.
5. Melakukan investigasi terhadap KLB dan bersama-sama komite PPI memperbaiki kesalahan yang terjadi.
6. Memonitor kesehatan petugas kesehatan petugas untuk mencegah penularan infeksi dari petugas kesehatan ke pasien atau sebaliknya.
7. Bersama komite menganjurkan prosedur isolasi dan memberi konsultasi tentang pencegahan dan pengendalian infeksi yang diperlukan pada kasus yang terjadi di rumah sakit.
8. Audit pencegahan dan pengendalian infeksi termasuk terhadap limbah, laundry, gizi, dan lain-lain dengan menggunakan daftar tilik.
9. Memonitor kesehatan lingkungan.
10. Memonitor terhadap pengendalian penggunaan antibiotika yang rasional.

11. Mendesain, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi surveilans infeksi yang terjadi di rumah sakit dan fasilitas pelayanan lainnya.
12. Membuat laporan surveilans dan melaporkan kepada komite PPI
13. Memberikan motivasi dan teguran tentang pelaksanaan kepatuhan PPI.
14. Memberikan saran desain ruangan rumah sakit agar sesuai dengan prinsip PPI.
15. Meningkatkan kesadaran pasien dan pengunjung rumah sakit tentang PPIRS.
16. Memorakarsai penyuluhan bagi petugas kesehatan, pengunjung dan keluarga tentang topic infeksi yang sedang berkembang di masyarakat, infeksi dengan insiden tinggi.
17. Sebagai koordinator antara departemen/unit dalam mendeteksi, mencegah dan mengendalikan infeksi di rumah sakit.

A.5. IPCLN (Infection prevention and control link nurse)

Kriteria IPCLN :

1. Perawat dengan pendidikan minimal D3 dan memiliki sertifikasi PPI.
2. Memiliki komitmen di bidang pencegahan dan pengendalian infeksi.
3. Memiliki kemampuan leadership.

Tugas IPCLN :

IPCLN sebagai perawat pelaksana harian/penghubung bertugas :

1. Mengisi dan mengumpulkan formulir surveilans setiap pasien di unit rawat inap masing-masing, kemudian menyerahkannya kepada IPCN ketika pasien pulang.
2. Memberikan motivasi dan teguran tentang pelaksanaan kepatuhan pencegahan dan pengendalian infeksi pada setiap personil ruangan di unit rawatnya masing-masing
3. Memberitahukan kepada IPCN apabila ada kecurigaan adanya infeksi nosokomial pada pasien.
4. Berkoordinasi dengan IPCN saat terjadi infeksi potensial KLB, penyuluhan bagi pengunjung di ruang rawat masing-masing, konsultasi prosedur yang harus dijalankan bila belum paham.
5. Memonitor kepatuhan petugas kesehatan yang lain dalam menjalankan Standar Isolasi.

B. Sarana Dan Fasilitas Pelayanan Penunjang (Supporting System)

B.1. Sarana Kesekretariatan.

Ruangan sekretariat dan tenaga sekretaris yang full time, komputer, printer dan internet, telepon dan faksimili, alat tulis kantor

B.2. Dukungan Manajemen

Dukungan yang diberikan Manajemen berupa :

- a. Penerbitan Surat Keputusan untuk Komite dan tim PPIRS

- b. Anggaran atau dana untuk kegiatan : Pendidikan dan pelatihan (Diklat), Pengadaan fasilitas pelayanan penunjang, Untuk pelaksanaan program, monitoring, evaluasi, laporan dan rapat rutin, Insentif/tunjangan/reward untuk komite PPIRS.

B.3. Kebijakan Dan Standar Operasional Prosedur (SOP)

Kebijakan dan standar operasional prosedur yang perlu disiapkan oleh rumah sakit adalah :

1. Kebijakan Manajemen

- a. Ada kebijakan kewaspadaan standar (*standard precatation*) :
Cuci tangan, Penggunaan alat pelindung diri, Dekontaminasi, Pembersihan, Desinfeksi, Sterilisasi, Penanganan limbah, Pengendalian lingkungan, Penanganan linen, Penanganan peralatan pasien dan Penempatan pasien.
- b. Ada kebijakan tentang pengembangan SDM dalam PPI
- c. Ada kebijakan tentang pengadaan bahan dan alat yang melibatkan tim PPI
- d. Ada kebijakan tentang penggunaan antibiotic yang rasional
- e. Ada kebijakan tentang surveilans.
- f. Ada kebijakan tentang pemeliharaan fisik dan sarana yang melibatkan tim PPI.

- g. Ada kebijakan tentang kesehatan karyawan.
- h. Ada kebijakan tentang penanganan KLB.
- i. Ada kebijakan penempatan pasien
- j. Ada kebijakan tentang pencegahan infeksi

1. Kebijakan Teknis

Adanya SOP tentang kewaspadaan standar (*standard precaution*) :Ada SOP cuci tangan, SOP penggunaan alat pelindung diri, SOP dekontaminasi, SOP desinfeksi, SOP sterilisasi, SOP penanganan limbah, SOP pengendalian lingkungan, SOP penanganan linen, SOP penanganan peralatan pasien, SOP penempatan pasien dan upaya-upaya pencegahan infeksi dan rekomendasinya.

B.4. Pengembangan dan Pendidikan

1. Tim PPI

Wajib mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI, Memiliki sertifikasi PPI, Mengembangkan diri mengikuti seminar, lokakarya dan sejenisnya, Bimbingan teknis secara berkesinambungan.

1. Staf Rumah Sakit

- Semua staf rumah sakit harus mengetahui prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi.

- Semua staf rumah sakit yang berhubungan dengan pelayanan pasien harus mengikuti pelatihan PPI
- Rumah sakit secara berkala melakukan sosialisasi/simulasi PPI
- Semua karyawan baru, mahasiswa, PPDS harus mendapatkan orientasi PPI.

J. Kerangka Pikir

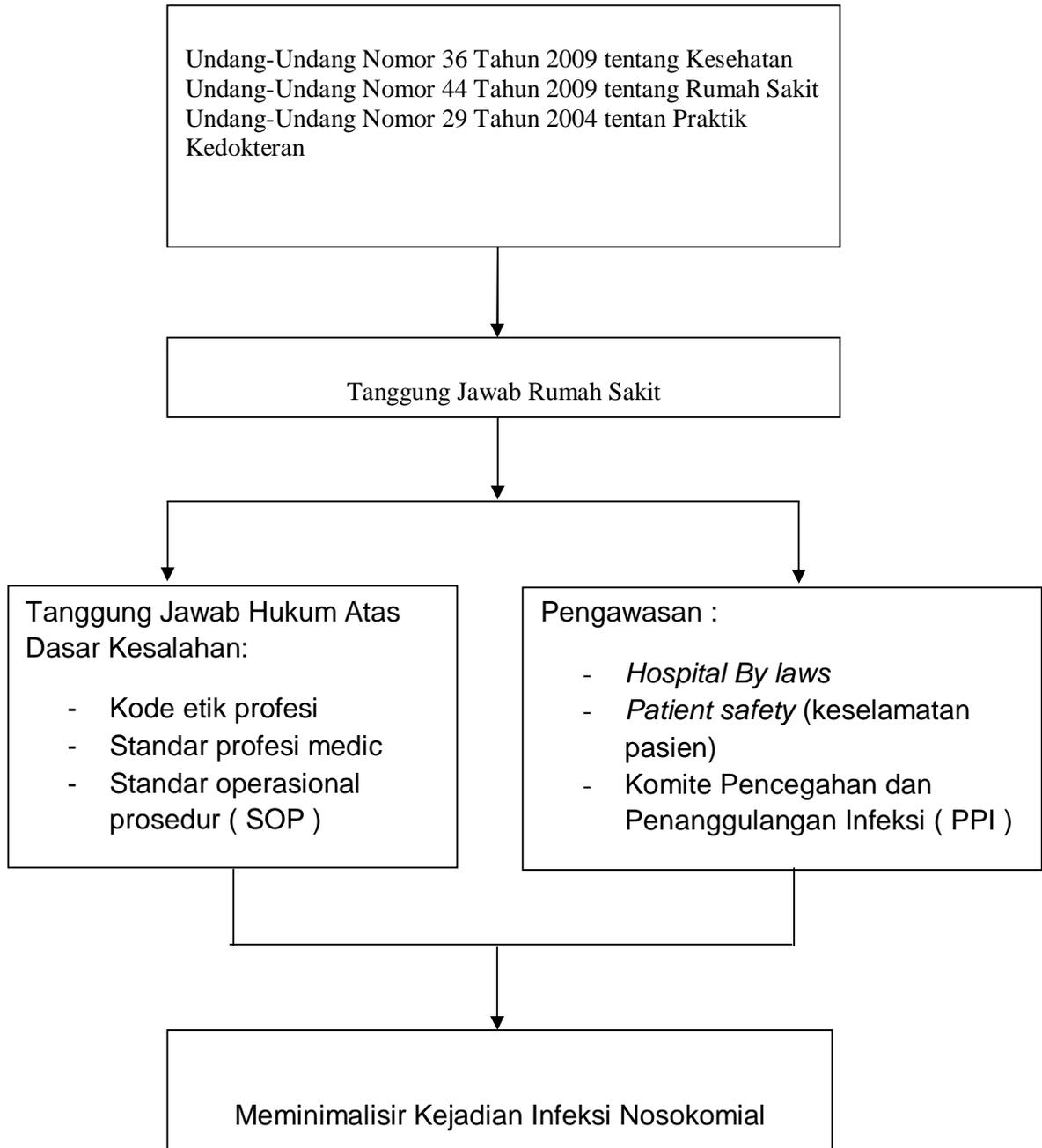
Dengan berpedoman pada dasar hukum pelayanan medis, antara lain:

1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
3. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.

Maka diharapkan tenaga kesehatan terutama dokter/dokter gigi dan perawat sebagai komponen utama pemberi pelayanan kesehatan kepada masyarakat di rumah sakit, sudah seharusnya lebih berhati-hati dalam melakukan tindakan/pelayanan kesehatan sehingga dapat memahami arti tanggung jawab dalam melakukan suatu tindakan sesuai dengan standar yang telah ditentukan agar mereka dapat memberikan pelayanan yang lebih bermutu yang pada akhirnya akan dapat

mengendalikan atau mencegah terjadinya infeksi nosokomial di rumah sakit. Sehingga dalam melakukan pelayanan kesehatan sesuai dengan kode etik profesi, standar operasional prosedur dan yang terpenting yang harus diperhatikan adanya organisasi intern rumah sakit yang secara berkala mengevaluasi pelaksanaan pengendalian dan pencegahan infeksi di rumah sakit, yang dapat bertanggung jawab secara hukum atas terjadinya infeksi nosokomial di rumah sakit. Apabila semua variable disebutkan di atas terlaksana dengan baik maka hal itu akan dapat mewujudkan rumah sakit bebas infeksi.

K. Bagan Kerangka Pikir



L. Definisi Operasional

1. Tanggung jawab adalah keadaan wajib menanggung segala sesuatunya (kalau terjadi apa-apa boleh dituntut, dipersalahkan atau diperkarakan).
2. Tanggung jawab pidana adalah hubungan batin antara si pembuat dengan perbuatannya, yang berupa kesengajaan (*dolus*) atau kealpaan (*culpa*).
3. Infeksi nosokomial adalah infeksi yang menjangkiti penderita-penderita yang sementara menjalani proses perawatan di rumah sakit.
4. Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
5. PPIRS adalah suatu program yang dijalankan di rumah sakit untuk mencegah dan mengendalikan terjadinya infeksi nosokomial.
6. SOP adalah merupakan suatu tatacara atau tahapan yang dibakukan dan yang harus dilalui untuk menyelesaikan suatu proses kerja tertentu
7. Pelayanan kesehatan adalah upaya, pekerjaan atau kegiatan kesehatan yang ditujukan untuk mencapai derajat kesehatan perorangan atau masyarakat yang optimal/setinggi-tingginya.

8. 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 kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.
9. Sarana kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan.
10. Dalam kategori jawaban pada tabel penelitian, yang penulis maksud dengan kriteria:
 - Baik adalah dalam arti semua sistem pelayanan kesehatan yang ada di rumah sakit sudah diterapkan.
 - Kurang baik adalah dalam arti semua sistem pelayanan kesehatan yang ada di rumah sakit sudah diterapkan tapi belum sempurna.
 - Tidak baik adalah dalam arti semua sistem pelayanan kesehatan yang ada di rumah sakit diterapkan dengan tidak lengkap atau tidak sempurna
11. Sedangkan yang penulis maksud dengan kriteria:
 - Memadai adalah apabila sarana atau fasilitas di rumah sakit hampir lengkap.

- Kurang memadai adalah apabila sarana atau fasilitas di rumah sakit kurang lengkap.
- Tidak memadai adalah apabila sarana atau fasilitas di rumah sakit tidak lengkap.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Tipe Dan Desain Penelitian

Tipe Penelitian yang dipakai dalam penelitian adalah diantaranya deskriptif. Penyebutan tipe atau jenis/macam penelitian ini penting, manakala hal itu dikaitkan dengan validitas data yang akan dicari dan ketepatan cara pengolahan serta analisisnya²⁶.

Sehingga tipe penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah Penelitian Deskriptif. hal ini dimaksudkan agar peneliti dapat melukiskan realitas keadaan tanggung jawab rumah sakit terhadap pasien yang terkena infeksi nosokomial dan pelaksanaan aturan pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit sedemikian rupa, juga mencari informasi terbaru yang lebih detail yang menggambarkan gejala-gejala yang ada, dan mengidentifikasi masalah atau mendapatkan justifikasi keadaan dan pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi.

²⁶ Waluyo B, 2008, Penelitian Hukum dalam Praktik, Jakarta : Sinar Grafika.

B. Pendekatan dan Jenis Penelitian

Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan adalah pendekatan Normatif Empiris dengan tujuan untuk mengetahui kesesuaian antara *Law in Book and Law In Action*, yaitu antara peraturan yang mengatur tentang tanggung jawab rumah sakit, pencegahan dan pengendalian infeksi dengan keadaan yang terjadi di lapangan. Penggabungan kedua pendekatan ini dimaksudkan agar lebih komprehensif dan sahnya kajian tentang fenomena dalam tanggung jawab rumah sakit dan pencegahan dan pengendalian infeksi. hal tersebut juga dikatakan dalam Fajar dan Ahmad, 2009, apabila dikehendaki peneliti dapat menggabungkan kedua penelitian tersebut dalam satu penelitian.²⁷

C. Lokasi Penelitian

Penelitian akan dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Daerah Undata Palu, Provinsi Sulawesi Tengah, alasannya adalah :

1. Karena Rumah Sakit Umum Daerah Undata Palu adalah rumah sakit terbesar dan menjadi pusat rujukan di Sulawesi Tengah.

²⁷ Fajar, M. dan Achmad, Y. 2010. *Dualisme Penelitian Hukum Normatif dan Empiris*. Pustaka Pelajar, Yogyakarta. hal 155

2. Data kasus infeksi nosokomial pada tahun 2010 di RSUD Undata Palu cukup banyak yakni terdapat 721 kasus plhebitis dari total 7648 pasien yang dipasang infuse dan 40 kasus infeksi pada luka operasi dari total 778 pasien yang di operasi.
3. Memudahkan akses memperoleh data.
4. Menghemat biaya.

D. Populasi dan Teknik Sampel

1. Populasi

Semua dokter dan perawat, yang bekerja di Rumah Sakit Umum Daerah Undata Palu.

2. Sampel

Dokter dan perawat yang bekerja di ruang rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah Undata Palu.

3. Jumlah sampel

Dokter : 12 orang (20% dari 60 dokter)

Perawat : 62 orang (20% dari 312 Perawat)

4. Teknik sampling *purposive sampling*

Dalam *purposive sampling*, pemilihan sekelompok subjek atas ciri-ciri atau sifat-sifat tertentu yang dipandang mempunyai sangkut paut yang erat dengan ciri-ciri atau sifat-sifat populasi yang diketahui sebelumnya.

E. Teknik Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini untuk pengumpulan data normatifnya dilakukan studi pustaka terhadap bahan-bahan hukum, baik primer, sekunder dan tersier dan atau bahan non hukum. Bahan-bahan hukum yang lainnya dilapangan akan dikumpulkan melalui teknik :

1. Kuisisioner Wawancara, dilakukan oleh peneliti untuk menggali hal-hal yang diperlukan sebagai data dalam penelitian. wawancara dianggap penting oleh peneliti, agar menghindari bias dalam pengumpulan data, mengingat yang ditanyakan umumnya adalah hal-hal menyangkut profesi responden.
2. Observasi : Apabila perlu untuk lebih memastikan informasi data yang ada, Peneliti akan mengamati secara langsung dimana responden tersebut melaksanakan tugasnya,.
3. Dokumentasi : Jika diperlukan, peneliti akan melihat dokumen-dokumen tentang pencegahan dan pengendalian infeksi dan tindakan-tindakan responden secara tertulis.

Oleh karena penelitian ini adalah Normatif Empiris, maka Pemakaian metode pengumpulan data diatas, dapat dilakukan secara bersamaan. Hal tersebut sesuai dengan yang dikatakan, bahwa pada prakteknya metode pengumpulan data studi kepustakaan, wawancara,

daftar pertanyaan dan pengamatan dapat dipergunakan secara bersama-sama, kecuali dalam penelitian normatif²⁸.

F. Sumber Data

Data dalam penelitian ini terdapat data Primer akan didapatkan melalui hasil wawancara, observasi dan pengamatan terhadap responden, dan data sekunder berasal dari penelaahan kepustakaan atau berbagai literatur yang berkaitan dengan masalah atau materi penelitian atau yang disebut bahan hukum. Bahan Hukum ini menurut Fajar dan Achmad (2010) terdiri dari Bahan Hukum Primer seperti perundang-undangan, Yurisprudensi, traktat, atau hasil tindakan dari lembaga yang berwenang, bahan hukum sekunder yaitu bahan hukum yang dapat memberikan penjelasan terhadap bahan hukum primer, berupa : perundang-undangan, buku-buku teks, jurnal ilmiah, surat kabar, pamphlet, leaflet, brosur dan berita internet, dan bahan hukum tersier/non hukum, juga merupakan bahan hukum yang dapat menjelaskan baik bahan hukum primer maupun sekunder, berupa : Kamus, Ensiklopedia, leksikon dan lain-lain bahan diluar hukum yang berkaitan dengan penelitian ini.²⁹

²⁸ Waluyo B. *op.cit.* hal 19

²⁹ Fajar dan Achmad *op. cit* hal 157-158

G. Analisis Data

Data yang telah terkumpul, oleh peneliti akan dilakukan analisis secara deskriptif, dan preskripsi dengan pendekatan kualitatif. artinya : bahwa data yang terkumpul melalui hasil penelitian berupa : kebijakan dan pelaksanaan pengendalian dan pencegahan infeksi di rumah sakit,serta tanggung jawab rumah sakit akan dipelajari dan dipilah data mana yang paling berkualitas untuk dipaparkan atas subjek dan objek penelitian (analisis deskriptif), kemudian melakukan argumentasi dan penilaian tentang apa yang seyogyanya menurut hukum terhadap fakta atau peristiwa hukum dari hasil penelitian yang dilakukan (Analisis Preskriptif).³⁰

³⁰ Fajar dan Ahmad, Op Cit, hlm 183-184

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Tanggung Jawab Hukum Atas Dasar Kesalahan

Sebagaimana diuraikan sebelumnya bahwa hukum pidana menganut asas “tidak pidana tanpa kesalahan”. Selanjutnya dalam Pasal 2 KUHP disebutkan, “ketentuan pidana dalam perundang-undangan Indonesia diterapkan bagi setiap orang-orang yang melakukan suatu delik di Indonesia”. Perumusan pasal ini menentukan bahwa setiap orang yang berada dalam wilayah hukum Indonesia, dapat dimintakan pertanggung jawaban pidana atas kesalahan yang dibuatnya. Berdasarkan pada ketentuan itu profesi dokter dan perawat yang bekerja di rumah sakit tidak terlepas dari ketentuan pasal tersebut. Selain mengacu pada undang-undang yang berlaku dalam melakukan profesinya dokter dan perawat yang bekerja di rumah sakit juga harus bekerja sesuai dengan kode etik profesi, standar profesi dan standar operasional prosedur yang berlaku di rumah sakit tersebut.

1. Kode Etik Profesi

Kode Etik merupakan aturan-aturan susila, atau sikap akhlak yang ditetapkan bersama dan ditaati bersama oleh anggota, yang bergabung dalam suatu kumpulan atau organisasi profesi. Kode Etik adalah norma-norma atau aturan-aturan yang merupakan kesatuan landasan etis atau

filosofis dengan peraturan perilaku ataupun ucapan mengenai hal-hal yang diwajibkan, dilarang, atau tidak patut dilakukan oleh anggota.

Masalah etika dan hukum di rumah sakit yang paling marak saat ini adalah malpraktek. *Malpraktek* (medis) sebenarnya adalah istilah hukum yang berarti kesalahan dalam menjalankan profesi. Berkhower dan Borstman (dikutip oleh Veronica Komalawati) mengatakan, seorang dokter melakukan kesalahan profesi, apabila ia tidak memeriksa, tidak membuat penilaian, tidak melakukan tindakan atau tidak menghindari tindakan (tertentu), sedangkan dokter-dokter yang baik pada umumnya pada situasi yang sama akan melakukan pemeriksaan, membuat penilaian, melakukan tindakan atau menghindari tindakan (tertentu).

Seorang dokter dianggap bertanggung jawab terhadap kesalahan profesi apabila sikap dan tindakannya tidak menurut standar profesi sehingga pasien sampai menderita cedera atau meninggal dunia. Demikian pula rumah sakit dianggap bertanggung jawab apabila kewajiban memberikan pelayanan yang baik tidak sesuai standar pelayanan medis yang ada di rumah sakit tersebut.

2. Standar Profesi Medik

Semua professional dalam melaksanakan pekerjaannya harus sesuai dengan apa yang dinamakan standar (ukuran) profesi. Jadi, bukan hanya tenaga kesehatan yang harus bekerja dengan standar profesi medic, pengemban profesi yang lain pun mempunyai standar profesi. Cuma standar profesi dari pengemban profesi yang lain, tidak atau belum begitu dikenal atau dipermasalahkan, dibandingkan dengan standar profesi medis.

Tenaga kesehatan (dokter) dalam melakukan pekerjaannya selalu berhubungan dengan orang yang sedang menderita penyakit, seringan apapun penyakit, tentu menimbulkan perasaan tidak enak dan juga mempengaruhi emosi pasien. Sehingga tenaga kesehatan selalu berhubungan dengan oaring yang secara fisik dalam keadaan sakit dan dapat pula secara psikis juga dalam keadaan sakit.

Suatu profesi, apalagi di bidang kedokteran adalah suatu pendidikan yang berkesinambungan seumur hidup tanpa akhir. Seorang dokter yang tidak mengikuti perkembangan ilmunya, cenderung dan mengandung risiko yang besar akan bisa terkena tuntutan malpraktik medic. Standar pelayanan medis di Indonesia diatur dalam Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 505/Menkes/SK/VII/1993, tentang Standar Pelayanan Kesehatan di

setiap sarana pelayanan kesehatan yang memberi pelayanan medis sesuai dengan kebutuhan dan standar pelayanan yang berlaku.

Seorang tenaga dokter dalam melakukan pekerjaannya harus sesuai pedoman atau ukuran tertentu yang dikenal dengan standar profesi medis. Dua doktrin hukum kesehatan yang dikemukakan oleh Prof. Dr. Mr. H.J.J. Leneen dan Prof. Mr. Van der Mijn, dua orang pakar Hukum Kesehatan dari Negeri Belanda.³¹

Prof. Dr. Mr. H.J.J. Leneen memberikan pendapat sebagai berikut:

“Norma standar profesi medic dapat diformulasikan sebagai berikut: bertindak teliti sesuai dengan standar medic sebagai dilakukan oleh seorang dokter yang memiliki kemampuan rata-rata dari kategori keahlian medic yang sama dalam keadaan yang sama dengan cara yang ada dengan keseimbangan yang pantas untuk mencapai tujuan dari tindakan yang kongkret”.

Sedangkan Prof. Mr. W.B. Van der Mijn berpendapat bahwa dalam melaksanakan profesinya, seorang tenaga kesehatan perlu berpegang kepada tiga ukuran umum yaitu:

1. Kewenangan
2. Kemampuan rata-rata
3. Ketelitian yang umum.

³¹ Wila Chandrawila Supriadi, 2001, *Hukum Kedokteran*, Mandar Maju, Bandung. Hlm 51-52

Dalam hubungan antara rumah sakit dengan pasien, rumah sakit menawarkan upaya pelayanan kesehatan dengan menyediakan sarana, prasarana, dan sumber daya kesehatan. Rumah sakit memikul beban tanggung gugat apabila pelayanan kesehatan yang diberikan tidak memenuhi standar pelayanan rumah sakit dan standar profesi tenaga kesehatan.

Selain itu standar pelayanan medik ini dapat dijadikan tolak ukur mutu pelayanan tenaga kesehatan, dimaksudkan pula agar para tenaga medis seragam dalam memberikan diagnosa, dan setiap diagnosa harus memenuhi kriteria minimal yang terdapat dalam standar pelayanan medis dan standar pelayanan rumah sakit tersebut. Standar pelayanan medik ini juga dapat difungsikan untuk kepentingan pembuktian di pengadilan apabila terjadi sengketa.³²

3. Standar Operasional Prosedur

Standar Operasional Prosedur adalah suatu perangkat instruksi atau langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu. Standar Operasional Prosedur memberikan langkah yang benar dan terbaik berdasarkan konsensus bersama untuk melaksanakan

³² Syahrul machmud, Op,Cit, hal.179

berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh sarana pelayanan kesehatan berdasarkan standar profesi.³³

Veronica Komalawati (dalam Amir Ilyas dan Yuyun Widaningsih:2010) menyebutkan bahwa, Standar Operasional Prosedur sebagai prosedur yang diuraikan oleh pemberi pelayanan kesehatan dari setiap spesialisasi, yang dalam aplikasinya disesuaikan dengan fasilitas dan sumber daya yang ada. Standar Operasional Prosedur ini merupakan acuan atau pelengkap bagi rumah sakit karena dapat mengikuti kondisi rumah sakit dimana prosedur tersebut ditetapkan.

Standar Operasional Prosedur yang dimaksud dapat berupa tindakan yang meliputi :³⁴

- Anamnesa, yaitu kegiatan Tanya jawab dokter atau dokter gigi kepada pasien mengenai penyakit atau keluhan yang dirasakan pasien.
- Physic diagnostic, yaitu berupa pemeriksaan jasmani pasien.
- Pemeriksaan tambahan bila dipandang perlu, berupa pemeriksaan laboratorium, rontgen, dan sebagainya.
- Terakhir adalah tindakan medis.

Pelayanan kesehatan yang diberikan seorang dokter kepada pasien merupakan tindakan profesi kedokteran. Tindakan kedokteran merupakan

³³ Ibid hal 85

³⁴ Ibid hal 86

suatu tindakan yang penuh dengan risiko. Risiko tersebut dapat terjadi disebabkan oleh sesuatu yang tidak dapat diprediksikan sebelumnya atau risiko yang terjadi akibat tindakan dokter yang salah. Dikatakan tindakan salah apabila dokter tidak melakukan pekerjaannya sesuai dengan standar profesi medik & prosedur tindakan medik. Apabila seorang dokter melakukan tindakan salah, maka dokter tersebut dapat dikategorikan melakukan tindakan malpraktik, sehingga dapat menyangkut aspek hukum pidana. Dokter adalah suatu profesi yang mulia & memiliki persyaratan tertentu karena dalam pelaksanaan profesi ini penuh dengan risiko. Persyaratan tersebut meliputi persyaratan teknis yang berkaitan dengan kemampuan (berkaitan dengan 'basic science' serta ketrampilan teknik) serta persyaratan yuridis, berkaitan dengan kompetensi. Profesi dokter mengandung risiko tinggi karena bentuk, sifat & tujuan tindakan yang dilakukan oleh seorang dokter dapat berpotensi menimbulkan bahaya bagi seseorang.

Pelaksanaan pelayanan kesehatan di rumah sakit dipengaruhi oleh kesiapan dan ketersediaan tenaga kesehatan. Dokter dan perawat yang bekerja di rumah sakit pemerintah sebagaimana telah dikemukakan merupakan karyawan yang digaji oleh suatu rumah sakit tersebut adalah pegawai negeri. Pegawai negeri yang merupakan aparat Negara yang melaksanakan hak dan kewajiban, bukan hak dan kewajiban aparat melainkan hak dan kewajiban Negara sebagai subjek hukum hak dan

kewajiban tersebut bukanlah hak dan kewajiban aparat melainkan hak dan kewajiban Negara sebagai badan hukum publik³⁵

Oleh sebab itu dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya yang bekerja pada rumah sakit pemerintah melaksanakan hak dan kewajiban bukanlah hak dan kewajiban aparat melainkan hak dan kewajiban rumah sakit sebagai badan hukum publik. Karena itu tanggungjawab dari semua tindakan yang bersumber dari hak dan kewajiban menjadi tanggung jawab rumah sakit.

Untuk mencegah pasien agar tidak terkena infeksi nosokomial rumah sakit harus berupaya menjalankan program pencegahan dan penanggulangan infeksi secara baik dan benar. Untuk pencegahannya rumah sakit harus mempunyai tim pengendalian infeksi yang secara regular mengontrol di kamar bedah, ruangan perawatan serta selalu mensosialisasikan pentingnya pencegahan dan penanggulangan infeksi bagi pasien yang dirawat. Rumah sakit harus menggunakan alat dan ruangan yang steril, begitu juga tindakan dan ruangan yang dijaga tetap steril, memetakan kuman dan membatasi orang yang masuk atau berkunjung. Memiliki ventilasi udara yang baik, pintu yang tertutup untuk diruangan ICU dan memakai baju yang steril. Selain itu, rumah sakit juga harus mengatur

³⁵ Indar, op,cit hal 191-201

jam berkunjung, menjaga pasien terutama di ICU atau ruangan yang rentan terkena infeksi nosokomial.

Banyak sekali kerugian akibat infeksi nosokomial bagi penderita seperti hari perawatan lebih lama yang berakibat biaya perawatan juga meningkat, lamanya penyembuhan dan komplikasi menghalangi proses pemulihan serta fase rehabilitasi yang lebih lama

Dalam Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit dalam Pasal 29b menyatakan bahwa rumah sakit wajib memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit. Tetapi pada kenyataan yang disaksikan oleh peneliti masih ada pelayanan kesehatan yang tidak sesuai dengan standar, seperti menggunakan alat-alat instrumen waktu mengganti verband masih digunakan secara bergiliran kepada pasien tanpa mensterilkannya terlebih dahulu, memasang infuse tanpa menggunakan sarung tangan steril dan masih banyak lagi. Hal ini terjadi karena keterbatasan alat yang tersedia.

Dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan pada Pasal 58 dijelaskan juga mengenai ganti rugi:

- (1) Setiap orang berhak menuntut ganti rugi terhadap seseorang, tenaga kesehatan, dan/atau penyelenggara kesehatan yang menimbulkan kerugian akibat kesalahan atau kelalaian dalam pelayanan kesehatan yang diterimanya
- (2) Tuntutan ganti rugi sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) tidak berlaku bagi tenaga kesehatan yang melakukan tindakan penyelamatan nyawa atau pencegahan kecacatan seseorang dalam keadaan darurat.
- (3) Ketentuan mengenai tata cara pengajuan tuntutan sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) diatur sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

Tuntutan terhadap rumah sakit, pada umumnya dilakukan oleh pasien yang merasa tidak puas dengan pengobatan atau pelayanan medis yang dilakukan oleh dokter yang merawatnya di rumah sakit. Ketidakpuasan tersebut terjadi karena hasil yang dicapai dalam upaya pengobatan tidak sesuai dengan harapan pasien dan keluarganya. Hasil upaya pengobatan yang mengecewakan pasien, seringkali dianggap sebagai kelalaian atau kesalahan dokter dalam melaksanakan profesinya.

Dari aspek legal Rumah Sakit dimana Dokter atau tenaga kesehatan selaku pemberi pelayanan kesehatan dalam melaksanakan profesinya harus mendapat perlindungan hukum demikian juga pasien selaku penerima pelayanan kesehatan mempunyai hak dan kewajiban sehingga

diharapkan dapat tercipta hubungan yang harmonis dalam pelayanan kesehatan agar hubungan antara tenaga kesehatan, pasien dan Rumah Sakit merupakan hubungan yang sangat kompleks dan terus berkembang sesuai dengan perubahan tata nilai dalam kehidupan masyarakat dan perkembangan teknologi dibidang kedokteran. Dalam hubungan antara dokter dan pasien sering timbul masalah dengan adanya dugaan terjadinya kelalaian medis, hal itu dapat juga disebabkan karena kurangnya pemahaman atau persepsi yang sama atas hak dan kewajiban baik pemberi dan penerima pelayanan kesehatan.

Perkembangan saat ini masyarakat semakin sadar atas hak-haknya yang secara otomatis menuntut adanya transparansi pelayanan kesehatan, terutama dalam kaitan hubungan dokter dengan pasien dan menyangkut keluhan yang dialami pasien serta terapi, pengobatan yang dilakukan oleh dokter terhadap pasien. Hal yang sangat mendasar dalam pelayanan kesehatan yang selalu dipermasalahkan masyarakat, pasien adalah menyangkut keterbukaan, transparansi, mutu pelayanan, penerapan aturan, kedisiplinan waktu, sehingga sering diduga melakukan kelalaian medis atau musibah klinis.

Pada Pasal 46 Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit menyatakan bahwa :

“Rumah sakit bertanggung jawab secara hukum terhadap semua kerugian yang ditimbulkan atas kelalaian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di Rumah Sakit”.

Dalam hal ini, rumah sakit harus bertanggung jawab secara hukum bagi seluruh pasien yang menerima pelayanan kesehatan di rumah sakit melalui pembentukan berbagai perangkat aturan di rumah sakit meliputi, peraturan internal staf medis, standar prosedur operasional dan berbagai pedoman pelayanan kesehatan serta melalui penyediaan sumber daya manusia (SDM) yang memiliki kompetensi dalam bidang medikolegal. Hal lain yang perlu mendapat perhatian bersama oleh seluruh pihak di rumah sakit adalah menyangkut pelaksanaan etika profesi dan etika rumah sakit sehingga penyelenggaraan Pelayanan secara beretika akan sangat mempermudah seluruh pihak dalam menegakkan aturan-aturan hukum.

B. Pengawasan

Dalam hal fungsi pengawasan, maka rumah sakit perlu mengacu pada aturan-aturan yang ada dalam Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, pada BAB XII mengenai Pembinaan dan Pengawasan.

Pada Pasal 54 Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit yang mengatur :

- (1) Pemerintah dan Pemerintah Daerah melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap rumah sakit dengan melibatkan organisasi profesi, asosiasi perumhaskitan, dan organisasi kemasyarakatan lainnya sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing.
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) diarahkan untuk:
 - a. Pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh masyarakat;
 - b. Peningkatan mutu pelayanan kesehatan;
 - c. Keselamatan pasien;
 - d. Pengembangan jangkauan pelayanan; dan
 - e. Peningkatan kemampuan kemandirian rumah sakit
- (3) Dalam melaksanakan tugas pengawasan, Pemerintah dan Pemerintah Daerah mengangkat tenaga pengawas sesuai kompetensi dan keahliannya.
- (4) Tenaga pengawas sebagaimana yang dimaksud pada ayat (3) melaksanakan pengawasan yang bersifat teknis medis dan teknis perumhaskitan.
- (5) Dalam rangka pembinaan dan pengawasan sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) Pemerintah dan Pemerintah Daerah dapat mengambil tindakan administrative berupa:
 - a. Teguran;

- b. Teguran tertulis; dan/atau
- c. Denda dan pencabutan izin

1. ***Hospital By Laws***

Istilah *hospital by law* terdiri dari dua kata, "*hospital*" dan "*by law*" secara umum berarti peraturan internal rumah sakit. Peraturan internal rumah sakit yaitu sebagai acuan bagi pemilik rumah sakit dalam melakukan pengawasan rumah sakit, sebagai acuan bagi direktur rumah sakit dalam mengelolah rumah sakit dan menyusun kebijakn yang bersifat teknis operasional. Sebagai sarana untuk menjamin efektifitas, efisiensi dan mutu, sebagai sarana perlindungan hukum bagi semua pihak yang berkaitan dengan rumah sakit, sebagai acuan bagi penyelesaian konflik di rumah sakit dan untuk memenuhi persyaratan akreditasi rumah sakit.

Hospital By Law merupakan materi muatan pengaturan dapat meliputi antara lain: tata tertib rawat inap pasien, identitas pasien, hak dan kewajiban pasien, dokter dan rumah sakit, informed consent, rekam medik, visum et repertum, wajib simpan rahasia kedokteran, komite medik, panitia etik kedokteran, panitia etika rumah sakit, hak akses dokter terhadap fasilitas rumah sakit, persyaratan kerja, jaminan keselamatan dan kesehatan, kontrak kerja dengan tenaga kesehatan dan rekanan. Adapun bentuk *Hospital By Law* dapat merupakan kumpulan dari Peraturan Rumah Sakit, *Standar Operating Procedure* (SOP), Surat Keputusan, Surat Penugasan,

Pengumuman, Pemberitahuan dan Perjanjian (MOU). Namun demikian, peraturan internal rumah sakit tidak boleh bertentangan dengan peraturan di atasnya seperti Keputusan Menteri, Keputusan Presiden, Peraturan Pemerintah dan Undang-undang. Dalam bidang kesehatan pengaturan tersebut harus selaras dengan Undang-undang nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit dan peraturan pelaksanaannya.

Belakangan ini tidak jarang keluhan masyarakat bahwa rumah sakit tidak melayani masyarakat dengan baik. Bahkan beberapa rumah sakit saat ini telah dituntut karena pelayanan yang tidak sesuai harapan. Ini bisa menjadi salah satu indikasi bahwa masih ada rumah sakit yang belum mempunyai aturan rumah sakit yang jelas, sistematis, dan rinci. Karena itu, sesuai prinsip *tailor made* rumah sakit seharusnya mempunyai *Hospital By Law* yang disesuaikan dengan situasi dan kondisi.

Dengan demikian, kepentingan *Hospital By Law* dapat dilihat dari tiga sudut yaitu pertama, untuk kepentingan peningkatan mutu pelayanan. Dalam hal ini Hospital Bylaw dapat menjadi instrumen akreditasi rumah sakit. Rumah sakit perlu membuat standar-standar yang berlaku baik untuk tingkat rumah sakit maupun untuk masing-masing pelayanan misalnya pelayanan medis, pelayananan keperawatan, administrasi dan manajemen, rekam medis, pelayanan gawat darurat, dan sebagainya. Standar-standar ini terdiri dari elemen struktur, proses, dan hasil. Adapun elemen struktur meliputi fasilitas fisik, organisasi, sumber daya manusianya, sistem keuangan, peralatan

medis dan non-medis, AD/ART, kebijakan, SOP/Protap, dan program. Proses adalah semua pelaksanaan operasional dari staf/unit/bagian rumah sakit kepada pasien/keluarga/masyarakat pengguna jasa rumah sakit tersebut. Hasil (*outcome*) adalah perubahan status kesehatan pasien, perubahan pengetahuan/pemahaman serta perilaku yang mempengaruhi status kesehatannya di masa depan, dan kepuasan pasien.

Kepentingan yang kedua, dilihat dari segi hukum *Hospital By Law* dapat menjadi tolak ukur mengenai ada tidaknya suatu kelalaian atau kesalahan di dalam suatu kasus hukum kedokteran. Di dalam Hukum Rumah Sakit pembuktian yang lebih rinci harus terdapat dalam *Hospital By Law*.

Ketiga, dilihat dari segi manajemen risiko, maka *Hospital By Law* dapat menjadi alat (*tool*) untuk mencegah timbulnya atau mencegah terulangnya suatu risiko yang merugikan. Dengan demikian, pasien akan semakin terlindungi sesuai prinsip *patient safety*. *Hospital By Law* juga akan memperjelas fungsi dan kedudukan dokter dalam sebuah rumah sakit . Sebagai tenaga medis, dokter dituntut melakukan tindakan medis sesuai dengan standar profesi yang ditetapkan dalam upaya pemeliharaan kesehatan, pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan.

Tabel 1

Penilaian Responden tentang Sistem Pengawasan Interen yang Ada
di Rumah Sakit Umum Daerah Undata Palu Tahun 2013

No	Kategori	Tanggapan Responden	
		Dokter	Perawat
1.	Baik		
2.	Kurang Baik	2 (16,66%)	5 (8,06%)
3.	Tidak baik	10 (83,33%)	57 (91,94%)
		12 (100%)	62 (100%)

Dari hasil kuisioner di atas nampak bahwa ada 10 orang dokter (83,33%) menyatakan tidak baik dan dokter yang menyatakan kurang baik sebanyak 2 orang dokter (16,66%). Sedangkan perawat yang menyatakan tidak baik sebanyak 57 orang perawat (91,94%), sisanya sebanyak 5 orang perawat (8,06%) menyatakan kurang baik, ini dimungkinkan dokter dan perawat tidak mengetahui adanya sistem pengawasan interen yang ada di rumah sakit.

Dengan adanya (83,33%) dokter dan (91,94%) perawat yang tidak mengetahui keberadaan badan pengawas interen rumah sakit, ini dimungkinkan karena kurangnya sosialisasi pihak manajemen rumah sakit kepada tenaga kesehatan di rumah sakit, yang dapat berakibat

banyaknya keluhan masyarakat bahwa rumah sakit tidak melayani masyarakat dengan baik. Bahkan beberapa rumah sakit saat ini telah dituntut karena pelayanan tidak sesuai harapan. Ini bisa menjadi salah satu indikasi bahwa masih ada rumah sakit yang belum mempunyai aturan rumah sakit yang jelas, sistematis dan rinci. Karena itu rumah sakit seharusnya mempunyai *hospital bylaw* yang disesuaikan dengan situasi dan kondisi rumah sakit tersebut.

2. Keamanan pasien (*patient safety*)

Patient Safety atau keselamatan pasien 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.

Dewasa ini rumah sakit/dokter mulai menghadapi dugaan malpraktik medik, gugatan malpraktik medik bukan saja terdapat di Indonesia, tetapi diseluruh dunia.

Di Indonesia keselamatan pasien terdiri atas:³⁶

1. Hak pasien.

³⁶ J. Guwandi, Op Cit. hlm 36

2. Mendidik pasien dan keluarga.
3. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan
4. Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien.
5. Peran pemimpin dalam meningkatkan keselamatan pasien.
6. Mendidik staf tentang keselamatan pasien.
7. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

Hampir setiap tindakan medic menyimpan potensi resiko. Banyaknya jenis obat, jenis pemeriksaan dan prosedur, serta jumlah pasien dan staf Rumah Sakit yang cukup besar, merupakan hal yang potensial bagi terjadinya kesalahan medis (medical errors). kesalahan medis didefinisikan sebagai: suatu Kegagalan tindakan medis yang telah direncanakan untuk diselesaikan tidak seperti yang diharapkan (yaitu., kesalahan tindakan) atau perencanaan yang salah untuk mencapai suatu tujuan (yaitu., kesalahan perencanaan). Kesalahan yang terjadi dalam proses asuhan medis ini akan mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera pada pasien (Kejadian Tidak Diharapkan/KTD).

Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) merupakan suatu kejadian yang mengakibatkan cedera yang tidak diharapkan pada pasien karena suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya

diambil (*omission*), dan bukan karena “underlying disease” atau kondisi pasien.

Kesalahan tersebut bisa terjadi dalam tahap diagnostic seperti kesalahan atau keterlambatan diagnose, tidak menerapkan pemeriksaan yang sesuai, menggunakan cara pemeriksaan yang sudah tidak dipakai atau tidak bertindak atas hasil pemeriksaan atau observasi; tahap pengobatan seperti kesalahan pada prosedur pengobatan, pelaksanaan terapi, metode penggunaan obat, dan keterlambatan merespon hasil pemeriksaan asuhan yang tidak layak; tahap preventive seperti tidak memberikan terapi provilaktik serta monitor dan follow up yang tidak adekuat; atau pada hal teknis yang lain seperti kegagalan berkomunikasi, kegagalan alat atau sistem yang lain.

Dalam kenyataannya masalah *medical error* dalam sistem pelayanan kesehatan mencerminkan fenomena gunung es, karena yang terdeteksi umumnya adalah *adverse event* yang ditemukan secara kebetulan saja. Sebagian besar yang lain cenderung tidak dilaporkan, tidak dicatat, atau justru luput dari perhatian.

Di Indonesia, telah dikeluarkan pula Kepmen 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 penghargaannya terhadap kemanusiaan, maka dikembangkan system *Patient Safety* yang dirancang mampu menjawab permasalahan yang ada.

Tujuan "*Patient safety*" adalah :

1. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit
2. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat;
3. Menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit
4. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan (KTD).

Pelaksanaan *patient safety* meliputi :

1. Sembilan solusi keselamatan pasien di rumah sakit, yaitu :
 - a. Memperhatikan nama obat, rupa dan ucapan mirip
 - b. Pastikan identifikasi pasien
 - c. Komunikasi secara benar saat serah terima pasien
 - d. Pastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar

- e. Kendalikan cairan elektrolit pekat
 - f. Pastikan akurasi pemberian obat pada pengalihan pelayanan
 - g. Hindari salah kateter dan salah sambung selang
 - h. Gunakan alat injeksi sekali pakai
 - i. Tingkatkan kebersihan tangan untuk mencegah infeksi nosokomial.
2. Tujuh standar keselamatan pasien, yaitu :
- a. Hak pasien. Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya kejadian tidak diharapkan.
 - b. Mendidik pasien dan keluarga. Rumah sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.
 - c. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan. Rumah sakit menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.
 - d. Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien. Rumah sakit harus mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif kejadian tidak diharapkan dan melakukan perubahan untuk meningkatkan keselamatan pasien.

- e. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien. Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien.
- f. Mendidik staf tentang keselamatan pasien. rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisiplin dalam pelayanan pasien.
- g. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien. Rumah sakit merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal. Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/Menkes/VIII/2011, keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem di mana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang 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 dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

Pemerintah bertanggung jawab mengeluarkan kebijakan tentang keselamatan pasien. Keselamatan pasien yang dimaksud adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi :

1. Assessment risiko.
2. Identifikasi dan pengelolaan yang terkait resiko pasien.
3. Pelaporan dan analisis insiden.
4. Kemampuan belajar dari insiden
5. Tindak lanjut dan implementasi solusi meminimalkan risiko.

3. Komite Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi

Program pencegahan dan pengendalian infeksi sangat penting untuk dilaksanakan di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya sebagai tempat pelayanan kesehatan di samping sebagai tolak ukur mutu pelayanan juga untuk melindungi pasien, petugas juga pengunjung dan keluarga dari risiko tertularnya infeksi karena dirawat, bertugas dan berkunjung ke suatu rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.

Dalam komite pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan wadah dari berbagai profesi yang bekerja di rumah sakit seperti dokter, perawat, bidan, analis, gizi, farmasi, sanitasi dan lain-lain yang bekerja sama untuk keberhasilan program pengendalian dan pencegahan infeksi.

Dalam komite pencegahan dan pengendalian infeksi saling bekerja sama dan dukungan manajerial untuk terlaksananya pencegahan dan pengendalian infeksi dengan baik. Bila program pencegahan dan pengendalian infeksi berjalan dengan baik maka mutu pelayanan rumah sakit akan terjamin baik pula dan hal ini berdasarkan pada Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 170/Menkes/SK/III/2007 tentang Pedoman Manejerial Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan lainnya.

Tabel 2

Tanggapan Responden Mengenai Sarana/Fasilitas yang Tersedia di Rumah Sakit Umum Daerah Undata Palu tahun 2013.

No	Kategori	Tanggapan Responden	
		Dokter	Perawat
1.	Memadai	3 (25%)	8 (12,90%)
2.	Kurang memadai	4 (33,33%)	25 (40,32%)
3.	Tidak memadai	5 (41,66%)	29 (46,77%)
		12 (100%)	62 (100%)

Dari hasil kuisisioner di atas mengenai sarana atau peralatan yang tersedia dokter mengemukakan berbagai pandangan. Terdapat 3 orang

dokter (25%) memadai, 4 orang dokter (33,33%) menyatakan kurang memadai, dan 5 orang dokter (41,66%) menyatakan tidak memadai. Sedangkan dengan perawat, terdapat 8 orang perawat (12,90%) menyatakan memadai, 25 orang perawat (40,32%) menyatakan kurang memadai, dan yang menyatakan sarana dan fasilitas rumah sakit tidak memadai sebanyak 29 orang perawat (46,77%).

Tanggung jawab rumah sakit yang menyangkut sarana dan peralatan dapat dibedakan atas tanggung jawab penyediaan sarana perhotelan, selain itu tanggung jawab penyediaan peralatan rumah sakit seperti kamar bedah lengkap dengan peralatannya , peralatan radiologi, laboratorium, kamar besalin, UGD, ICU, ruang sterilisasi dan lain-lain dan peralatan lainnya dengan tipe atau kelas rumah sakit, peralatan tersebut harus dalam keadaan steril dan siap pakai. Karena keterlambatan dalam penyediaan alat dapat berakibat fatal dan bahkan sampai pada penuntutan hukum.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan pembahasan yang telah diuraikan di atas, maka dapat disimpulkan hal-hal sebagai berikut:

1. Berdasarkan UU no. 44 Tahun 2009 Rumah Sakit bertanggung jawab secara hukum terhadap semua kerugian yang ditimbulkan atas kelalaian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di rumah sakit. Pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Undata Palu Provinsi Sulawesi Tengah, perwujudan tanggung jawab hukum terhadap terjadinya infeksi nosokomial masih sangat kurang, hal ini terjadi karena petugas kesehatan dalam melakukan pelayanan kesehatan tidak menjelaskan tentang prosedur tindakan medis/pelayanan apa yang akan dilakukan terhadap pasien, sehingga bila terjadi kelalaian dalam melakukan pelayanan medik akibat bekerja tidak sesuai standar operasional prosedur dan tidak sesuai dengan standar profesi dokter maupun perawat maka yang bertanggung jawab adalah dokter ataupun perawat itu sendiri, sedangkan bilamana kelainan terjadi akibat kurang lengkapnya sarana/fasilitas serta lingkungan rumah sakit yang tidak memenuhi standar maka yang bertanggung jawab adalah rumah sakit.

2. Berdasarkan UU Nomor 44 Tahun 2009 disebutkan salah satu hak pasien adalah menggugat dan/atau menuntut rumah sakit apabila rumah sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana. Oleh karena itu sistem pengawasan Rumah Sakit Umum Daerah Undata Palu harus berjalan dengan baik agar mampu meminimalisir kejadian infeksi nosokomial. Dalam hal ini sistem pengawasan masih kurang baik, dari hasil pengamatan dokter dan perawat tidak mengetahui adanya sistem pengawasan intern dari rumah sakit demikian pula penerapan program pasien safety dan komite Pencegahan dan penanggulangan infeksi

B. Saran

1. Pihak Rumah sakit harus memperhatikan hak dan kewajiban pasien, memperbaiki pelayanan serta melengkapi sarana dan prasarana yang diperlukan dalam perawatan pasien serta mensosialisasikan kembali tentang bahaya infeksi nosokomial kepada kepada semua karyawan rumah sakit bagi pasien, karena sangat merugikan pasien, hal ini dapat membuat rumah sakit dituntut/digugat secara hukum.
2. Agar semua pihak yang terlibat baik manajemen rumah sakit maupun tenaga medis dan perawat dapat memahami betul sistem pelayanan yang ada di rumah sakit khususnya yang menyangkut kejadian infeksi nosokomial agar dapat mengurangi kejadian infeksi nosokomial dan

yang paling diharapkan adalah peningkatan untuk mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit, sebagai wujud tanggung jawab rumah sakit.

3. Agar sistem pengawasan intern yang ada di rumah sakit dapat disosialisasikan kesegnap tenaga kesehatan yang ada di rumah sakit agar dapat lebih memahami dan dapat menerapkan sehingga menjadi pedoman dalam mencegah dan menanggulangi kejadian infeksi nosokomial di rumah sakit.
4. Ke depan Undang-Undang Kesehatan atau Undang-Undang Rumah Sakit bisa merumuskan secara pidana kejadian infeksi nosokomial adalah sebuah kejahatan bila pengelola rumah sakit lalai dalam mencegah terjadinya infeksi nosokomial.

DAFTAR PUSTAKA

- Ali, C. 1999. *Badan Hukum*. Bandung : Alumni
- Chawazi, A. 2002. *Pelajaran Hukum Pidana (Bagian 2)*. Jakarta : PT Raja Grafindo Persada.
- Darmadi. 2008. *Infeksi Nosokomial Problematika Dan Pengendaliannya*. Jakarta : Salemba Medika
- Fajar, M. dan Achmad, Y. 2010. *Dualisme Penelitian Hukum Normatif dan Empiris*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar
- Guwandi, J. 2010. *Hukum Medik (Medical Law)*. Jakarta : Balai Penerbit FKUI
- Ilyas, A dan Widaningsih, Y. *Hukum Korporasi Rumah Sakit*. Yogyakarta : Rangkang Education
- Hamzah, A. 1986. *Kamus Hukum*. Jakarta : Ghalia
- Indar. 2010. *Etika Dan Hukum Kesehatan*. Makassar : Lembaga Penerbitan Universitas Hasanuddin
- Isfandyarie, A. 2006. *Tanggung Jawab Hukum Dan Sanksi Bagi Dokter Buku I*. Jakarta : Prestasi Pustaka
- Jusuf Hanafia, M. 2009. *Etika Kedokteran Dan Hukum Kesehatan, Edisi 4*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Kansil. 2004. *Pokok-Pokok Hukum Pidana*. Jakarta : Pradnya Paramita.
- Koeswadji, HH. 2006. *Etika Rumah Sakit Dan Hukum Bagi Rumah Sakit*. Bandung : Citra Aditya Bakti.
- Kristianti, CT. 2009. *Hukum Perlindungan Konsumen*. Jakarta : Snar Grafika
- Linda, T dan Debora, B. 2004. *Panduan Pencegahan Infeksi Untuk Fasilitas Pelayanan Kesehatan Dengan Sumber Daya Terbatas*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Muladi dan Priyatno, D. 2010. *Pertanggungjawaban Pidana Korporasi*. Jakarta : Kencana Prenada Media Group

- Machmud, S. 2008. Penegakan Hukum Dan Perlindungan Hukum Bagi Dokter Yang Diduga Melakukan Medikal Malpraktik. Bandung : Mandar Maju
- Nasution, Bahder Johan. 2005. HUKUM Kesehatan Pertanggungjawaban Dokter. Jakarta : Rineke Putra
- Setiyono. 2002. Kejahatan Korporasi. Jogjakarta : Pustaka Pelajar.
- Shidarta. 2000. Hukum Perlindungan Konsumen. Jakarta : Grasindo
- Simorangkir, C, J,T dan Erwin, R. Kamus Hukum. Jakarta : Sinar Grafika
- Sofyan Lubis, M. 2009. Mengenal Hak Konsumen Dan Pasien. Yogyakarta : Pustaka Yustisia
- Supriadi, W, C. 2001. Hukum Kedokteran. Bandung : Mandar Maju
- Tengker, F. 2007. Hak Pasien. Bandung : Mandar Maju
- Waluyo B, 2008, Penelitian Hukum dalam Praktik, Jakarta : Sinar Grafika.
- Yunanto, A. dan Helmi. 2010. Hukum Pidana Malpraktik Medik, Andi Offset. Yogyakarta.

Daftar Peraturan :

- Amandemen Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945
- Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan
- Undang-Undang Nomor 44 Tentang Rumah Sakit
- Undang-Undang Nomor 29 tentang Praktik Kedokteran
- Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen
- Peraturan Pemerintah Nomor 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan

Kepmenkes RI Nomor 270/Menkes/SK/III/2007 tentang Pedoman Manajerial Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Di Rumah Sakit Dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lainnya

Kepmenkes RI Nomor 382/Menkes/SK/III/2007 tentang Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Di Rumah Sakit Dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lainnya