

## Kecuaian Perubatan Di Aceh: Satu Kajian Kes

MUHAMMAD HATTA

### ABSTRAK

*Dalam beberapa tahun terakhir ini, jumlah kes kecuaiian perubatan di Aceh semakin meningkat dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya. Berdasarkan hasil penyelidikan, pada tahun 2005 sehingga 2006, kes kecuaiian perubatan berjumlah empat kes, manakala pada tahun 2007 kes kecuaiian perubatan bertambah sebanyak sembilan kes. Namun, dari sekian banyak kes yang telah dilaporkan, hanya satu kes sahaja yang telah dikendalikan oleh pihak penguatkuasa, sedangkan kes lainnya masih dalam bentuk aduan kepada institusi Majlis Dewan Kehormatan Disiplin Indonesia (MDKDI), Majlis Kehormatan Etika Kedokteran (MKEK) dan Lembaga Bantuan Hukum (LBH) Banda Aceh. Setakat ini tiada statistik rasmi mengenai jumlah sebenar kes kecuaiian perubatan di Aceh. Keadaan ini timbul disebabkan Aceh adalah bekas kawasan konflik bersenjata, bencana alam, gempa bumi, gelombang tsunami, jentera penguatkuasa yang kurang berkesan dan lain-lain faktor penghalang. Untuk mengatasi masalah ini, penulis telah mencadangkan beberapa saranan.*

### ABSTRACT

*Recently, medical negligence cases in Aceh have increased in numbers compared to the previous years. The findings of the study conducted in Aceh indicate that in 2005 and 2006, there were four medical negligence cases reported and it had increased to nine cases in 2007. Nevertheless, only one case is managed by the law enforcement authorities, while other cases were still under review by Insitituti Majlis Dewan Kehormatan Disiplin (MDKDI), Majlis Kehormatan Etika Kedokteran (MKEK) and Lembaga Bantuan Hukum (LBH) Banda Aceh. Until today, there is no official statistics on the exact number of medical negligence cases that had occurred in Aceh. The reason for the small numbers of resolved cases in Aceh is due to armed conflicts, earthquake and tsunami that had happened previously, ineffectiveness of the law enforcement authorities and so forth. In order to improve the condition, the researcher has suggested several recommendations.*

## PENGENALAN

Acheh adalah sebuah "daerah istimewa", sebuah negeri yang terletak di Pulau Sumatera dan merupakan negeri paling barat di Republik Indonesia. Acheh mempunyai hasil kekayaan alam yang banyak, seperti minyak, emas dan gas, tetapi masyarakat Acheh masih hidup dalam kemiskinan, hingga menyebabkan pelbagai masalah sosial dan akhirnya menimbulkan konflik bersenjata antara organisasi pembebasan Gerakan Acheh Merdeka (GAM) dengan tentera Indonesia (TNI-Tentera Nasional Indonesia). Pada 26 Disember 2004 sebahagian kawasan Acheh telah dilanda gempa bumi dan gelombang tsunami yang mengorbankan ratusan ribu jiwa dan menyebabkan kerosakan seluruh kemudahan infrastruktur yang sedia ada. Kedua faktor tersebut telah menyebabkan Acheh menjadi mundur selama 30 tahun dalam banyak aspek dan tidak terkecuali juga dalam aspek perkhidmatan kesihatan.

Semasa konflik bersenjata, semua pengawasan terhadap aktiviti institusi kerajaan khususnya institusi Dinas Kesihatan dan hospital tidak dapat dijalankan. Ini menyebabkan banyak perkhidmatan kesihatan di bawah standard dan banyak berlakunya kes kecuiaan perubatan yang tidak didedahkan. Kemudian, setelah tsunami dan penandatanganan perdamaian antara GAM dengan Indonesia (15 Ogos 2005), kawasan Acheh kembali aman dan pembangunan secara keseluruhan mula dijalankan. Pada tahun 2005 kos yang diperuntukkan khusus untuk perkhidmatan kesihatan adalah besar dan semua fasiliti kesihatan telah pun diperbaiki dan dibangunkan semula. Namun begitu, kes kecuiaan perubatan masih kurang diberi perhatian oleh pihak kerajaan dan ini menyebabkan masih banyak kes kecuiaan perubatan yang gagal diselesaikan. Kebanyakan dari kes tersebut sudah lama di laporkan tetapi masih dalam peringkat penyiasatan dan belum dibicarakan di Mahkamah.

Tambahan pula, hanya kes kecuiaan perubatan yang berlaku di bandar-bandar besar sahaja yang didedahkan dan dikendalikan oleh pihak penguatkuasa walaupun kes kecuiaan perubatan di bandar-bandar kecil juga banyak berlaku. Ia tidak didedahkan dan hanya segelintir masyarakat yang mahu melaporkan kes tersebut. Pihak penguatkuasa juga tidak serius dalam mengendalikan kes-kes yang dilaporkan. Selain dari itu, pihak kerajaan dan hospital juga cuba menutup kes atau tidak memberi maklumat yang berkaitan kepada pihak aktivis, penyelidik dan pertubuhan bukan kerajaan (NGO). Hal ini menyebabkan kes kecuiaan perubatan sukar diselesaikan dan membawa kepada kesukaran untuk melindungi hak-hak pesakit.

Banyak faktor penghalang sehingga kes kecuiaan perubatan sukar dikendalikan. Salah satu daripadanya adalah faktor "nama baik". Pihak doktor dan hospital akan berusaha agar kes kecuiaan perubatan tidak mendapat liputan meluas atau dibicarakan di Mahkamah. Ini kerana ia akan mengakibatkan hospital tersebut tidak dipercayai masyarakat untuk datang mendapatkan rawatan. Selain itu, masyarakat juga rata-rata tidak memahami hak mereka sebagai pesakit, sehingga menyukarkan mereka untuk mengambil tindakan perundangan. Adalah dilaporkan bahawa di peringkat pusat sahaja, tidak banyak kes kecuiaan perubatan yang berjaya dibicarakan, apalagi di peringkat negeri.

## KECUAIAN PERUBATAN DALAM ASPEK UNDANG-UNDANG

Indonesia mengatur tentang amalan kecuaiian perubatan dalam dua bentuk peruntukan iaitu dalam bentuk undang-undang dan bukan bentuk undang-undang. Peruntukan dalam bentuk undang-undang adalah seperti Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP)<sup>1</sup> dan Kitab Undang-Undang Hukum Perdata (KUHPdt).<sup>2</sup> Manakala peruntukan yang bukan undang-undang adalah berasaskan kepada Kod Etik Kedokteran Indonesia (Kodeki).<sup>3</sup> Selain itu, terdapat undang-undang khusus bagi amalan kedokteran, iaitu undang-undang yang memberikan hukuman jenayah di luar KUHP, dikenali sebagai Undang-Undang No. 29 Tahun 2004.<sup>4</sup>

Dalam teori undang-undang Indonesia, Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 merupakan *lex specialis* daripada KUHP iaitu bermakna jika ada kesalahan yang terdapat dalam kedua-dua peraturan tersebut, maka yang digunapakai adalah peraturan yang khusus, iaitu Undang-Undang No. 29 Tahun 2004. Namun kadangkala pendakwaraya dalam pembicaraan kes di Mahkamah masih menggunakan peruntukan yang terdapat di dalam KUHP, tetapi ia bersifat *subsider* (dakwaan kedua) iaitu jika kes berdasarkan Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 tidak mengandungi peruntukan-peruntukan yang boleh menghukum doktor, maka peruntukan KUHP bolehlah digunakan agar doktor yang melakukan kesalahan terhadap pesakit tetap dapat dikenakan hukuman.

Dalam aspek undang-undang perubatan, semua kawasan yang ada di Indonesia, termasuk kawasan Aceh diperlakukan di atas peruntukan yang sama. Ini kerana kerajaan Aceh belum membuat peruntukan (Kanun) khusus tentang perubatan, sehingga sekarang ini masih menggunakan peruntukan umum iaitu, Undang-Undang No. 29 Tahun 2004, KUHP dan KUHPdt. Namun, apabila sudah ada kanun berkenaan perubatan, maka semua undang-undang sebelum ini tidak boleh digunapakai lagi, kerana kerajaan Aceh adalah kawasan autonomi dari Republik Indonesia sehingga kerajaan Aceh boleh membuat peruntukan sendiri sesuai dengan peruntukan sedia ada iaitu Undang-Undang No. 11 tahun 2006 berkenaan Pemerintahan Aceh.

<sup>1</sup> Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP) boleh disamaertikan dengan Kanun Kesiksaan Malaysia.

<sup>2</sup> Kitab Undang-Undang Hukum Perdata (KUHPdt) adalah Undang-Undang yang berkaitan dengan undang-undang Sivill. (bukan Jenayah)

<sup>3</sup> Kesalahan-kesalahan doktor di bawah Kod Etik Kedokteran Indonesia (Kodeki) adalah apabila tidak menjalankan kewajipan-kewajipan seperti kewajipan melindungi pesakit iaitu dalam Bab II Pasal 10, kewajipan penggunaan ilmu dan keterampilan doktor terhadap pesakit iaitu dalam Bab II Pasal 11, doktor wajib menjaga rahsia pesakit iaitu dalam Bab II Pasal 13, dan doktor wajib melakukan pertolongan kecemasan iaitu dalam Bab II Pasal 14.

<sup>4</sup> Selaras dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran, maka perlu dibentuk undang-undang khusus berkenaan dengan amalan kedokteran. Secara ringkas, undang-undang ini mengatur tentang asas dan tujuan penyelenggaraan amalan kedokteran seperti nilai-nilai ilmiah, manfaat, keadilan, kemanusiaan, keseimbangan serta perlindungan dan keselamatan pesakit. Seterusnya pembentukan institusi Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) boleh disamaertikan dengan Majlis Perubatan Malaysia, sementara Majlis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI) pula bertanggungjawab dengan pengawasan amalan kedokteran serta aturan mengenai hukuman jenayah.

## FAKTOR PENYEBAB BERLAKUNYA KECUAIAN PERUBATAN

Secara umum kecuaiian perubatan terletak pada kepercayaan atau amanah pesakit dalam kontrak terapeutik. Kepercayaan atau amanah ini merupakan kewajiban doktor untuk melakukan sesuatu dengan sebaik-baiknya, penuh ketelitian, melakukan apa sepatutnya dan mengelak daripada melakukan perkara yang tidak seharusnya dilakukan. Ukuran maksima tersebut adalah standad profesyen, standad prosedur, undang-undang dan etika perubatan.

Banyak perkara yang akan menjadi penyebab sehingga berlakunya kecuaiian perubatan, tetapi yang paling ketara ialah apabila berlaku pelanggaran *standad profesyen*, *standad prosedur operasional* dan doktor tidak menjalankan *informed consent* terhadap pesakit.

### Standad profesyen

Standad profesyen adalah pedoman dan garis panduan dalam amalan kedokteran. Standad profesyen ini ditentukan oleh kumpulan doktor sendiri, sedangkan pihak kerajaan hanya menentukan kewajiban doktor untuk mematuhi isi standad profesyen tersebut melalui peraturan yang telah ditetapkan dan memberikan hukuman terhadap yang melanggarnya. Namun standad ini selalu berubah dan berkembang sesuai dengan perkembangan teknologi, bidang spesialisasi, fasiliti, dan standad perkhidmatan medik di hospital. Jadi dalam menjalankan profesyennya, doktor perlu berpegang pada tiga ukuran umum iaitu autoriti, kepakaran dan ketelitian yang umum.

Menurut sifatnya ada dua landasan autoriti, iaitu autoriti berdasarkan kepakaran yang dimiliki doktor (autoriti materil) dan autoriti menurut ketentuan peraturan perundang-undangan (autoriti formal). Autoriti materil ini terdapat pada diri doktor, ertinya doktor boleh melakukan amalan kedokteran apabila sesuai dengan kepakarannya. Sedangkan autoriti formal adalah doktor boleh melakukan amalan kedokteran jika memiliki Surat Tanda Registrasi (surat untuk lesen) dan Surat Izin Amalan (surat untuk beramal) sesuai dengan undang-undang sedia ada. Ini bermakna, doktor yang memiliki lesen amalan kedokteran secara formal mempunyai autoriti melakukan amalan. Akan tetapi autoriti amalannya harus sesuai dengan kepakarannya. Misalnya Pakar Bedah Usus tidak boleh melakukan amalan bedah tulang. Lihat contoh kes kecuaiian perubatan yang berkenaan dengan huraian ini.

Seorang pesakit yang patah tulang akibat kemalangan lalulintas telah diberi rawatan di hospital Lhoksukon Acheh Utara. Doktor A yang merawatnya terus melakukan pembedahan dan seterusnya memasang pen (besi platina) pada kaki pesakit yang patah. Sebelum pembedahan selesai, tiba-tiba terjadi pendarahan yang teruk. Doktor tersebut tidak berupaya menghentikan pendarahan, lantas pesakit dirujuk ke hospital kerajaan Cut Mutia Lhokseumawe di mana pembedahan kedua dilakukan untuk memasang besi pada kaki pesakit, malangnya, pesakit telah meninggal dunia. Menurut doktor B di hospital Cut Mutia, pesakit meninggal dunia kerana kehilangan banyak darah. Pendarahan itu berlaku pada siang hari tetapi pesakit hanya dibawa ke hospital pada malam hari. Menurut keluarga pesakit, Doktor A tidak memberitahu mengenai pendarahan itu malahan doktor tersebut yakin dapat

menyembuhkan pesakit dengan melakukan pembedahan kerana menurutnya beliau pernah melakukannya kepada pesakit lain. Doktor B seterusnya memberitahu bahawa doktor A yang melakukan pembedahan pertama tersebut bukan Doktor Pakar Bedah Tulang tetapi Doktor Pakar Bedah Usus.

Nampaknya, doktor tersebut terlalu memaksakan diri untuk mengobati pesakitnya. Tindakan doktor tersebut salah, kerana dia melakukan amalan tidak sesuai dengan kepakarannya. Seorang Doktor Pakar Bedah Usus tidak boleh mengobati atau melakukan pembedahan terhadap pesakit yang menderita patah tulang, semestinya setelah melakukan pertolongan pertama (dalam keadaan kecemasan), doktor tersebut harus secepatnya merujuk pesakit kepada doktor pakar sesuai dengan penyakitnya. Tindakan doktor itu telah bercangah dengan Pasal 51 (d) Undang-undang No. 29 Tahun 2004 berkenaan Amalan Kedokteran. Peruntukan tersebut menjelaskan bahawa doktor boleh melakukan tindakan kecemasan terhadap pesakit sebagai pertolongan pertama, tetapi doktor tersebut harus segera menghantar pesakit kepada doktor pakar sesuai dengan keperluan pesakit.

Standad kedua dalam profesyen kedokteran adalah merangkumi 3 ciri utama iaitu kemampuan menguasai pengetahuan (*knowledge*), kemampuan dalam bidang spesialisiti atau kepakaran (*skill*) dan juga bersikap profesyenal dalam urusan seharian mereka. Tiga ciri penting ini tidak mudah ditentukan, banyak faktor yang mempengaruhinya. Faktor tersebut antara lain adalah pengalaman berdasarkan banyaknya amalan, lamanya amalan, kawasan amalan, fasiliti amalan dan pergaulan atau hubungan sesama doktor. Keadaan ini dapat dilihat di dalam kes yang pernah berlaku di hospital swasta Kasih Ibu kota Lhokseumawe iaitu tentang pembedahan penyakit *appendektomi*. Pada 28 Oktober 2006 pesakit bernama Nuraini, berumur 65 tahun terpaksa dibedah segera kerana hasil pemeriksaan doktor mendapati bahawa jika pembedahan tidak segera dilakukan, maka usus pesakit akan membusuk dan akan berlaku infeksi keseluruhan tubuh pesakit.

Pada 1 November 2006 pesakit telah dibedah oleh doktor pakar bedah di hospital tersebut dan doktor pakar bedah tersebut merasa telah berhasil membuang apendiks di dalam tubuh pesakitnya. Setelah pembedahan pesakit tetap tidak sembuh, bahkan lebih parah dan pesakit meninggal dunia 20 hari kemudian. Berdasarkan pemeriksaan *patologi*, jaringan yang diangkat oleh doktor pakar bedah tersebut ternyata bukan apendiks, tetapi hanya jaringan lemak sahaja. Hasil bedah siasat pada pesakit juga sesuai dengan hasil pemeriksaan *patologi*, iaitu masih dijumpai adanya apendiks yang sudah mengalami *perforasi* (berlubang) dan melekat *caecum*. Kematian berlaku kerana apendiks yang berlubang tersebut tidak dapat dibuang oleh doktor yang membedahnya, maka infeksinya (racunnya) menyebar keseluruhan tubuh pesakit (*sepsis*). Berdasarkan kes di atas, doktor yang melakukan pembedahan tersebut dapat disalahkan berdasarkan Pasal 51 (a) undang-undang amalan kedokteran. Doktor dalam menjalankan tugasnya tidak berhati-hati, rendahnya ketelitian umum di dalam ilmu kedokteran dan kemampuan keilmuan perubatan di bawah standad. Hal ini telah

dibuktikan dengan pemeriksaan secara *Patologi* dan hasil dari Bedah Siasat terhadap jenazah pesakit iaitu doktor telah melakukan kecuaiian dalam melakukan tindakan pembedahan apendiks tersebut sehingga pesakitnya meninggal dunia.

Apabila ditinjau secara umum, hospital yang ada di Aceh sama ada hospital kerajaan mahupun swasta juga memiliki standad profesyen medik sama dengan hospital lain yang ada di Indonesia, namun yang menjadi permasalahan adalah apakah semua hospital di negeri Aceh tersebut mematuhi atau menjalankan standad profesyen tersebut. Menurut Muhammad Adnan Syukur, semua hospital mengamalkan standad undang-undang dan etika yang sama. Standad profesyen medik di buat oleh kelompok profesyen dan di setiap hospital kelompok profesyen tersebut mesti ada, akan tetapi tidak semua doktor mahu mematuhi dan mengikuti standad profesyen yang sedia ada.<sup>5</sup> Beberapa hospital di negeri Aceh sama ada hospital swasta atau hospital kerajaan seperti hospital Zainoel Abidin, Hospital Meuraxa, Hospital Cut Mutia, dan Hospital Sakinah telah menerapkan beberapa standad profesyen medik. Namun demikian apa yang dapat drumuskan dari kes di atas ialah sikap dan ketelitian doktor dalam menjalankan tugas itu yang banyak menimbulkan masalah hingga membangkitkan kes kecuaiian perubatan.

#### Standad Prosedur Operasional ( *Standard operating Procedure* )

Standad prosedur operasional atau disebut Protap (prosedur tetap) merupakan tatacara atau tahapan yang harus dilalui dalam suatu proses kerja tertentu yang dapat diterima oleh seorang yang bertanggung jawab untuk mempertahankan tingkat "penampilan atau kondisi" tertentu sehingga suatu kegiatan dapat diselesaikan secara efektif dan efisien.<sup>6</sup> Berdasarkan penjelasan Pasal 50 Undang-undang No. 29 Tahun 2004 berkenaan Amalan Kedokteran, standad prosedur operasional adalah suatu instruksi/langkah-langkah untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu. Standad prosedur operasional memberikan langkah yang benar dan terbaik berdasarkan *konsensus* bersama untuk menjalankan berbagai kegiatan dan fungsi perkhidmatan perubatan berdasarkan standad profesyen.

Dalam amalan kedokteran terdapat dua standad, iaitu standad profesyen dan standad prosedur operasional. Menurut Umar Qadafi, standad profesyen dan standad prosedur operasional tidak dapat dipisahkan atau saling keterkaitan. Standad profesyen sifatnya lebih umum, sedangkan standad prosedur sangat teknik dan terperinci mengikut standad profesyen. Standad prosedur operasional sering disebut "aturan kerja atau cara kerja". Namun keduanya saling beriringan ketika melakukan proses pengobatan atau pembedahan.<sup>7</sup> Berdasarkan pengertian di atas dapatlah dirumuskan iaitu standad prosedur operasional adalah suatu arahan mengenai langkah-langkah untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu. Dengan demikian, setiap suatu kerja rutin seharusnya ditetapkan satu senarai proses atau langkah-langkah yang harus dilakukan dan diikuti oleh doktor dalam menjalankan

<sup>5</sup> Muhammad Adnan Syukur. 2007. Standad profesyen medik, Banda Aceh. Temu bual, 19 Oktober.

<sup>6</sup> Direktur Jendral Pelayanan Medik Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Ditjen Yanmed Depkes RI), 1995, *Petunjuk Teknis Penyusunan Prosedur Tetap Kegiatan Rumah Sakit Swadana*, Jakarta, hlm. 45.

<sup>7</sup> Umar Qadafi. 2007. Standad prosedur operasional, Kota Lhokseumawe. Temu bual, 21 Oktober.

tugas seharian mereka. Justeru, standad prosedur operasional mencakupi antara lain, perencanaan program, kewangan, perlengkapan, kepegawaian, dan pelaporan. Tahap-tahap penyusunan standad prosedur operasional pula adalah seperti berikut:

1. Merumuskan tujuan standad prosedur operasional.
2. Menentukan tajuk.
3. Menentukan dasar yang berkaitan dengan protap, membuat standad kerja, menyelesaikan suatu konflik dalam kumpulan kerja, dan membuat aliran proses kerja.
4. Membentuk rajah-rajah yang menggambarkan proses atau urutan jalannya suatu tatacara yang mencatat segala peristiwa.
5. Memberikan penjelasan tentang apa yang telah dilakukan/dilaksanakan.
6. Membantu setiap pelaksanaan untuk memahami peranan dan fungsinya dengan pihak lain.

Salah satu contohnya yang boleh diambil ialah , standad profesyen perkhidmatan medik dalam bidang kepakaran *anestesiologi* (pembiusan) dari hospital Zainoel Abidin Banda Aceh yang telah ditetapkan Direktorat Jenderal Perkhidmatan Medik Indonesia. Standad ini merupakan panduan atau arahan bagi tenaga kesihatan sama ada doktor, perawat atau doktor pakar anestesiologi. Perkhidmatan tindakan pembiusan dan pembedahan terdiri dari standad fasiliti dan perlengkapan yang harus disediakan oleh hospital, sedangkan standad kebijakan dan prosedur operasional harus dilaksanakan oleh Doktor Pakar Anestesiologi. Rincian standad fasiliti dan perlengkapan untuk tindakan pembiusan yang harus disiapkan oleh hospital adalah:

1. Fasiliti fizikal yang minimal terdiri dari:
  - a. Bilik persiapan anestesia
  - b. Fasiliti dibilik bedah
  - c. Bilik pulih sedar
  - d. Bilik perawatan/terapi intensif
  - e. Pejabat pentadbiran
  - f. Bilik ubat dan alat.
2. Perlengkapan bilik, terdiri dari:
  - a. Penerangan elektrik yang cukup
  - b. Persediaan oksigen yang cukup
  - c. Alat penghisap lendir
  - d. Mesin anestesi dan lain-lain

Selain dari kemudahan infrastuktur dan peralatan, standad prosedur operasional juga memerlukan kebijaksanaan dan prosedur yang harus dilakukan oleh doktor pakar anestesiologi antara lain:

1. Harus melakukan evaluasi setidak-tidaknya dalam masa 24 jam sebelum tindakan pembiusan atau pembedahan dilakukan, kecuali pada kes kecemasan. Evaluasi ini untuk menentukan:
  - a. Fungsi tubuh pesakit normal atau tidak, iaitu dengan melakukan pemeriksaan pada organ-organ pernafasan, sirkulasi darah dan jantung, kesedaran dan tingkat kecerdasan pesakit, status hidrasi dan gizinya, riwayat penyakit sebelumnya, dan ubat-ubatan yang pernah dipakai, riwayat alergi serta pemeriksaan laboratorium jika diperlukan.
  - b. Jika fungsi tubuh pesakit tidak normal, maka Doktor Pakar Anestesiologi menentukan kelainan organ tersebut dengan cadangan fungsi yang masih ada serta kalau jika mungkin diusahakan perbaikan secara optimal.
  - c. Ringkasan pemeriksaan dirumuskan dalam status fisik.
2. Hendaknya menjelaskan kepada pesakit tentang prosedur pembiusan yang akan dilakukan pada saat kunjungan sebelum pembedahan tersebut dan meminta pesakit untuk menandatangani keizinan tertulis setelah mendapatkan penjelasan tentang tindakan medik yang akan dilakukan dan risikonya. (*prosedur informed consent*)
3. Menentukan jenis *anestesi* yang akan dilakukan serta ubat-ubat yang akan diberikan kepada pesakit.
4. Di bilik pembedahan, sebelum melakukan tindakan pembiusan, Doktor Pakar Anestesiologi harus memeriksa kelengkapan alat yang akan dipergunakan. Alat yang digunakan mesti memenuhi standad dan aman bagi pesakit.
5. Pengakhiran pembiusan pada masa tindakan pembedahan berakhir mestilah tepat masa, pesakit segera sedar kembali dengan pemantauan penuh sampai sisa ubat (*pharmacologic tail*) habis.
6. Setelah pembiusan berakhir, pesakit dimasukkan ke Bilik Pulih Sedar sampai semua fungsi tubuh pesakit kembali normal. Pada umumnya sisa-sisa ubat masih ada di dalam tubuh pesakit sehingga sering sekali menimbulkan gangguan pada pernafasan, berupa:
  - a. Nafas pendek-pendek (*hipoventilasi*), kerana efek depresi atau penekanan pusat nafas oleh ubat bius.
  - b. Sumbatan jalan nafas, kerana jatuhnya pangkal lidah ke belakang.
  - c. Aspirasi.
  - d. Henti nafas
7. Apabila keadaan pesakit masih belum sedar dan belum stabil, maka pesakit harus tetap berada di Bilik Pulih Sedar sampai semua risiko atau keselamatan jiwa pesakit terlewatkan.

Jika kita merujuk kepada contoh yang diberikan di atas sewajarnya hak pesakit sudah dapat dilindungi dengan baik semasa proses mendapatkan rawatan di hospital swasta mahupun kerajaan tetapi nampaknya ia tidak berlaku dari sudut amalannya.



### IZIN BERMAKLUMAT (*INFORMED CONSENT*)

Izin bermaklumat (*informed consent*) dalam perjanjian terapeutik mempunyai kedudukan yang sangat penting, sebab perjanjian terapeutik itu pada asasnya bertumpu pada dua jenis hak asasi manusia, iaitu hak untuk menentukan nasib sendiri, dan hak untuk mendapatkan maklumat. Hak untuk menentukan nasib sendiri, mempunyai hubungan dengan hak untuk mendapatkan maklumat yang menjadi dasar adanya *informed consent*. Dengan pemberian maklumat dari doktor, maka pesakit dapat mengadakan beberapa alternatif pilihan dan penilaian terhadap tindakan medik. Dengan demikian seorang pesakit berhak memberikan keizinan atau menolak tindakan medik tersebut. Ini bererti sebelum apa-apa rawatan dilakukan, doktor perlu memberitahu pesakit maklumat yang cukup tentang penyakitnya sebelum pesakit membuat keputusan.

Menurut Pasal 45 ayat (3) Undang-undang No. 29 Tahun 2004 tentang Amalan Kedokteran bahawa hal-hal yang harus dijelaskan oleh doktor pada pesakit sebelum pesakit memberikan izin adalah diagnosis dan tata cara tindakan medik, tujuan tindakan medik yang dilakukan, alternatif tindakan lain, risiko dan komplikasi yang mungkin berlaku dan *prognosis* terhadap tindakan yang dilakukan. *Informed consent* dari pesakit dapat dilakukan dengan dua cara iaitu; secara nyata atau secara tersirat (*implied*). Dalam beberapa penulisan undang-undang perubatan disebutkan ada 4 golongan pesakit yang tidak perlu di minta izin iaitu, iaitu pesakit yang akan dirugikan jika mendengar maklumat tersebut, misalnya kerana lemah jantung sehingga membahayakan kesihatannya, pesakit dalam keadaan tidak sedar, pesakit yang sakit jiwa dan pesakit yang belum dewasa.<sup>8</sup> Berdasarkan penjelasan tersebut di atas, amalan kedokteran mesti menjalankan *informed consent* sebagaimana yang telah diatur dalam undang-undang sedia ada. Namun dari sudut amalan, ramai doktor yang tidak menjalankan *informed consent* terhadap pesakit. Menurut Chandra Krisnajaya, doktor tidak menjalankan *informed consent* kerana doktor menganggap segala tindakan medik yang dilakukannya terhadap pesakit tidak akan menimbulkan risiko dan apabila menimbulkan risiko doktor tersebut yakin akan dapat menanganinya. Ini adalah pemikiran yang salah, kerana manusia tidak akan tahu segala apapun yang akan berlaku di masa depan, begitu juga dengan doktor.<sup>9</sup>

Berdasarkan data yang ditemukan di beberapa hospital di Aceh, ramai doktor yang tidak menjalankan *informed consent*. Salah satu misalnya di hospital Kota Lhokseumawe Aceh. Kes ini tentang pembedahan kaki terhadap pesakit Muhammad Yusuf, berumur 22 tahun, berasal dari Keude Aceh Kecamatan Banda Sakti Kota Lhokseumawe. Pesakit menderita patah kaki sebelah kanan akibat kemalangan lalu lintas pada 13 Januari 2006. Pesakit dibawa ke hospital Kesrem TNI AD Lhokseumawe dalam keadaan tidak sedar dan dirawat oleh doktor Syamsul Bahri.

<sup>8</sup> Bagi pesakit yang belum cukup umur, atau terganggu jiwanya kerana penyakitnya, *Informed Consent* dapat dilakukan kepada ahli waris terdekat. Terhadap pesakit dalam keadaan tidak sedar, doktor boleh melakukan tindakan medik tertentu dengan bertindak sebagai "bapak yang baik" sesuai dengan Pasal 1354 BW (*zakwaarneming*), namun begitu pesakit sedar doktor harus segera memberitahukan kepada pesakit tentang tindakan medik tertentu yang telah dilakukan selama pesakit tidak sedar tadi.

<sup>9</sup> Chandra Krisnajaya. 2007. Hak pemberian informed consent, Banda Aceh. Temu bual, 24 Oktober.

Berdasarkan hasil pemeriksaannya, pesakit harus secepatnya dilakukan pembedahan untuk memasang *platina* pada kaki kanan pesakit yang patah tersebut. Setelah melakukan pemeriksaan secara menyeluruh, kaki pesakit dibedah mengikut prosedur pembedahan tulang. Secara umum, proses pembedahan yang dilakukan oleh kumpulan doktor hospital tersebut berjalan lancar dan pesakit berada dalam keadaan baik. Namun, setelah 15 hari setelah pembedahan, bekas luka pembedahan tersebut infeksi, sehingga bernanah dan membusuk, malahan kakinya menjadi besar (bengkak) dan tidak boleh digerakkan.

Untuk mengatasi keadaan ini doktor Syamsul Bahri telah mencadangkan pembedahan ulang terhadap pesakit. Menurut doktor, keadaan itu biasa dan tidak akan membahayakan diri pesakit. Dalam pembedahan kedua tersebut, ditemui segumpal benang jahitan yang tertinggal ketika pembedahan pertama dilakukan. Doktor telah mengambil benang tersebut dan lukanya dijahit semula. Namun setelah seminggu menjalani pembedahan kedua, keadaan pesakit tetap tidak sembuh, bahkan lebih parah daripada sebelumnya. Keadaan pesakit semakin hari bertambah buruk, kaki yang telah dipasang platina tersebut terasa semakin sakit. Menurut pesakit kakinya tidak dapat digerakkan dan jika digerakkan oleh doktor ketika melakukan pemeriksaan biasa sangat terasa sakit. Pihak keluarga sudah berpikir untuk memindahkan pesakit ke hospital lain atau membawa pesakit ke bomoh urut, namun doktor tidak membenarkan. Doktor tetap mencadangkan agar pesakit dilakukan pembedahan ketiga.

Menurut keluarga pesakit, sebelum melakukan pembedahan, doktor tidak pernah memberitahu kepada pihak keluarga pesakit tentang luka atau patah tulang yang diderita oleh pesakit dan risiko yang akan dialami pesakit jika pembedahan dilakukan. Melalui perawatnya, doktor hanya meminta pihak keluarga menandatangani borang keizinan untuk dilakukan pembedahan terhadap pesakit. Semestinya yang meminta keizinan untuk melakukan tindakan pembedahan terhadap pesakit adalah doktor, bukan perawatnya.

Keluarga pesakit menilai doktor tersebut tidak memiliki standad keilmuan untuk melakukan pembedahan terhadap pesakit, namun doktor tidak mahu mengakui hal itu, walaupun keluarga pesakit telah menanyakannya. Maksud keluarga pesakit adalah jika doktor tidak mampu lagi menyembuhkan pesakit, maka keluarga pesakit akan mencari hospital lain untuk menyembuhkan pesakit, tetapi doktor tersebut malah terus mencadangkan untuk dilakukan pembedahan ulang terhadap pesakit, padahal pada masa itu kaki pesakit sudah tiga kali dilakukan pembedahan, tetapi hasilnya tetap sama iaitu pesakit tidak boleh berjalan hingga kini.

Semasa ditemubual keluarga pesakit, penulis mencadangkan agar kes ini dilaporkan kepada pihak berkuatakuasa, tetapi pihak keluarga tidak mahu melaporkan kes tersebut kepada pihak Polis. Seterusnya dicadangkan agar kes tersebut dilaporkan kepada institusi Majlis Kehormatan Etika Kedokteran (MKEK) atau institusi Majlis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI), tetapi keluarga pesakit juga tidak mahu melaporkan kes tersebut dengan alasan bahawa kedua institusi tersebut akan membela rakan sejawatnya, iaitu "doktor sesama doktor", tidak mungkin membela kepentingan pesakit dan kita sebagai rakyat hanya membuang tenaga dan wang sahaja dan tidak akan membawa kesan apa-apa. Secara kekeluargaan kes ini pernah dibincangkan antara pihak hospital dan doktor yang merawat pesakit. Dalam

perbincangan tersebut, doktor berjanji akan bertanggungjawab terhadap tindakannya dengan cara menanggung semua kos pembedahan yang telah dilakukannya terhadap pesakit, namun kos bilik penginapan di hospital dan kos ubat-ubatan ditanggung oleh pihak keluarga pesakit. Menurut ibu-bapa pesakit, tidak ada ertinya tanggungjawab doktor tersebut, kerana anak mereka tetap tidak boleh berjalan atau cacat seumur hayatnya. Kesalahan doktor dalam kes ini adalah doktor tidak memberikan maklumat secara lengkap kepada keluarga pesakit tentang risiko atau manafaat pembedahan yang bakal dihadapi oleh pesakit. Berdasarkan Pasal 45 ayat (1), (2), dan (3) Undang-undang No. 29 Tahun 2004 tentang Amalan Kedokteran mengatur bahawa untuk tindakan medik yang sifatnya berisiko tinggi, maka doktor harus memberitahukan kepada pesakit atau keluarga pesakit tentang risiko yang dihadapi.

Dalam tindakan kecemasan, doktor memang boleh melakukan tindakan medik tanpa memberikan maklumat dan meminta keizinan daripada pesakit, kerana jika ditunda-tunda hanya untuk menjelaskan tindakan tersebut, keadaan itu akan membahayakan jiwa pesakit. Meskipun demikian, doktor harus dapat membatasi tindakannya, iaitu hanya untuk menyelamatkan jiwa pesakit. Setelah pesakit sedar, doktor wajib memberikan maklumat tentang tindakan yang telah dilakukannya dan untuk tindakan selanjutnya doktor juga harus menjelaskan secara terperinci tentang tindakannya dan harus mendapat keizinan dari pihak pesakit. Seterusnya, dalam kes ini yang menjadi masalah adalah tidak ada koordinasi dan konsultasi dengan doktor pakar tulang yang mempunyai pengalaman dan keilmuan yang lebih baik, sebaliknya doktor tetap melakukan pembedahan lanjutan sampai pada pembedahan ketiga. Hal ini sangat bercanggah dengan Pasal 51 (b) Undang-undang No. 29 Tahun 2004 tentang Amalan Kedokteran yang menyebutkan bahawa "doktor dalam menjalankan amalan kedokteran mempunyai kewajiban merujuk pesakit ke doktor lain yang mempunyai kepakaran atau kemampuan yang lebih baik, apabila tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau pembedahan".

Berdasarkan penjelasan di atas, dapat disimpulkan bahawa apabila ketiga aspek tersebut (*standad profesyen, standad prosedur operasional dan informed consent*) tidak dilaksanakan maka kualiti perkhidmatan perubatan tidak tejamin, sehingga pesakit tidak yakin dengan doktor atau hospital tersebut, malahan pesakit akan memilih doktor dan hospital di tempat lain. Nampaknya keadaan yang dibentangkan di atas masih berleluasa sehinggakan menjadi suatu isu nasional. Kesan daripada rendahnya kualiti perkhidmatan perubatan di hospital-hospital di Aceh dan Indonesia maka banyak pesakit dari Aceh dan Indonesia berubat ke hospital antara bangsa, seperti ke negara Malaysia, Singapura dan Cina.

## HALANGAN-HALANGAN DALAM PENGENDALIAN KES KECUAIAN PERUBATAN

Kes kecuiaan perubatan di Aceh semakin meningkat pada setiap tahun. Pada tahun 2005 sehingga 2006, kes kecuiaan perubatan berjumlah empat kes, manakala pada tahun 2007 kes kecuiaan perubatan bertambah sebanyak sembilan kes. Namun, dari sekian banyak kes yang telah dilaporkan, hanya satu kes sahaja yang telah dikendalikan oleh pihak penguatkuasa, sedangkan kes lainnya masih dalam bentuk aduan kepada institusi Majlis Dewan Kehormatan Disiplin Indonesia (MDKDI), Majlis Kehormatan Etika Kedokteran (MKEK) dan Lembaga Bantuan Hukum (LBH) Banda Aceh.<sup>10</sup>

Menurut doktor Hanafiah Hasan, peningkatan jumlah tuntutan kes kecuiaan perubatan tersebut di atas tidak berkaitan dengan kualiti perkhidmatan perubatan, tetapi berdasarkan dorongan kewangan dan peranan peguambela sahaja. Sebelum ini di hospital kerajaan Zainoel Abidin Banda Aceh pernah terjadi kes di mana seorang ejen peguambela yang sering berada di hospital ini telah berjaya mempengaruhi keluarga pesakit untuk medakwa doktor/hospital dan berkemungkinan besar kes seperti ini juga berlaku di hospital-hospital lain.<sup>11</sup> Namun menurut Silvia Sinta, alasan yang tepat menyebabkan meningkatnya jumlah pendakwaan terhadap doktor adalah kerana taraf pendidikan masyarakat sudah bertambah baik, terutamanya dari segi kesedaran mengenai undang-undang. Masyarakat mula menyedari bahawa setiap doktor harus menjalankan tugasnya bersesuaian dengan peraturan perundangan yang sedia ada.<sup>12</sup>

Berdasarkan temuramah yang penulis lakukan terhadap beberapa responden secara rawak didapati bahawa ada beberapa alasan yang menyebabkan kes kecuiaan perubatan sukar di kendalikan atau masalah-masalah yang mempengaruhi sehingga kes-kes ini tidak diuruskan oleh pihak berkuasa:

### **(a) Aceh adalah bekas kawasan konflik bersenjata dan bencana alam.**

Pada waktu konflik bersenjata di Aceh, tiada pengawasan yang dilakukan terhadap segala tindakan dan keputusan pihak pentadbir, sehingga menyebabkan sebilangan besar pegawai kerajaan banyak menyalahguna kuasa dan wang seperti tindakan rasuah, pakatan sulit dan nepotisme sewaktu berkhidmat. Selain daripada itu, pentadbir pada masa kini juga

<sup>10</sup> Sumber data dihimpun dari institusi Majlis Dewan Kehormatan Disiplin Indonesia (MDKDI), Majlis Kehormatan Etika Kedokteran (MKEK) dan Lembaga Bantuan Hukum (LBH) Banda Aceh.

<sup>11</sup> Hasanuddin. 2007. *Penyebab banyaknya tuntutan atau dakwaan dari masyarakat terhadap doktor dan hospital*. Kota Lhokseumawe. Temu bual, 2 November.

<sup>12</sup> Silvia Sinta. 2007. *Penyebab banyaknya tuntutan atau dakwaan dari masyarakat terhadap doktor dan hospital*. Kota Lhokseumawe. Temu bual, 12 November.

lebih memberi tumpuan kepada penyelesaian kes-kes yang berkaitan kejahatan politik dan kes-kes pencabulan hak asasi manusia semasa perang. Menurut Untung Syahputra, ketika ini, fokus utama pihak kerajaan adalah kepada kes-kes rasuah, kejahatan politik dan pencabulan terhadap hak asasi manusia. Walaubagaimanapun, kes kecuaiian perubatan tidak diabaikan sama sekali tetapi ia disesuaikan dengan keperluan dan kehendak semasa.<sup>13</sup> Seterusnya, setelah bencana alam gempa bumi dan gelombang tsunami berlaku, Negeri Aceh lebih memfokuskan pada pembangunan fizikal dan pembaikan semula kemudahan asas untuk keperluan awam. Selain itu, pihak Penguatkuasa juga menumpukan kerjanya pada pengawasan penggunaan peruntukan kewangan pembangunan (rehabilitasi dan rekonstruksi) yang sangat besar di Aceh. Menurut T. S. Sani, ketika ini ramai pegawai kerajaan dan swasta melakukan rasuah dalam pembelanjaan pembangunan tersebut, ini mendorong kerajaan untuk memberi fokus yang lebih dalam pengawasan dan pengurusan kes-kes berkaitan.<sup>14</sup> Namun menurut Nur Hayati, kes kecuaiian perubatan juga wajar diselesaikan walaupun kerajaan mempunyai program kerja yang lebih utama. Ini adalah kerana kes tersebut sudah banyak merugikan masyarakat, bahkan ada beberapa pesakit yang telah meninggal dunia akibat dari kes-kes sebegini. Jika ini dibiarkan, kes kecuaiian perubatan akan menjadi semakin banyak dan masyarakat berkemungkinan akan hilang kepercayaan terhadap pelaksana undang-undang dan pengamal perubatan tempatan sehingga akan menyebabkan masyarakat memilih untuk melakukan rawatan di luar negara.<sup>15</sup>

### **(b) Sistem Pengendalian kes yang lambat di Mahkamah**

Dalam banyak kes, perbalahan pesakit dengan doktor dan hospital tidak sampai ke Mahkamah. Misalnya dari 18 kes di Yayasan Pemberdayaan Konsumen Kesihatan Indonesia (YPKKI), hanya dua kes sahaja yang diselesaikan melalui saluran Mahkamah. Selebihnya diselesaikan melalui rundingan. Menurut Abdul Hamid, pesakit, doktor dan pihak hospital lebih gemar penyelesaian kes secara rundingan daripada penyelesaian melalui Mahkamah. Oleh itu, doktor dan hospital lebih memilih membayar ganti rugi di luar Mahkamah daripada berurusan di Mahkamah yang boleh merosakkan reputasi hospital dan para doktornya.<sup>16</sup> Menurut Rusmunandar, doktor sangat sensitif terhadap publisiti. Mereka umumnya tidak mahu kes mereka diselesaikan di Mahkamah.<sup>17</sup> Menurut Zamzami Usman pula, urusan di mahkamah adalah sangat sukar, melibatkan kos yang tinggi, mengambil waktu yang lama dan tiada kepastian bagi pesakit atau keluarga pesakit untuk menang dalam kes tersebut. Oleh itu, pesakit dan doktor banyak

<sup>13</sup> Untung Syahputra. 2007. *Pengendalian kes-kes yang berlaku di Aceh*, Aceh Utara. Temu bual, 25 Oktober.

<sup>14</sup> T. S. Sani. 2007. *Fokus kerja kerajaan, Kota Lhokseumawe*. Temu bual, 3 November.

<sup>15</sup> Nur Hayati. 2007. *Kerajaan harus bersikap adil, Aceh Utara*. Temu bual, 5 November.

<sup>16</sup> Abdul Hamid. 2007. *Penyelesaian kes kecuaiian perubatan*, Banda Aceh. Temu Bual, 6 Oktober.

<sup>17</sup> Rusmunandar. 2007. *Penyelesaian kes kecuaiian perubatan, Banda Aceh*. Temu bual, 4 Oktober.

memilih penyelesaian secara damai dan kedua-dua pihak saling mendapat keuntungan.<sup>18</sup>

Tambahan pula, tempoh masa penyelesaian kes mengambil masa yang lama di Mahkamah. Ini kerana untuk menyelesaikan kes kecuai perubatan dalam bentuk jenayah misalnya, melibatkan 4 institusi iaitu MDKDI, Polis, Pendakwaan dan Mahkamah. Setiap proses di institusi tersebut memerlukan masa yang sangat lama untuk mengadakan penyiasatan dan pertimbangan. Oleh kerana banyak proses yang rumit dan panjang yang harus diambil, ramai keluarga pesakit memilih untuk tidak menyelesaikan kes kecuai perubatan melalui Mahkamah tetapi memilih untuk menyelesaikannya di luar Mahkamah atau melalui saluran perdamaian yang lain.

### **(c) Jentera Penguatkuasaan yang berkualiti rendah**

Dalam proses pengendalian kes ada beberapa institusi Penguatkuasa yang mempunyai peranan penting, iaitu institusi Polis yang disebut sebagai Penyidik, institusi kejaksaan yang disebut Jaksa (Pendakwaraya), dan institusi Mahkamah. Ketiga institusi tersebut disebut sebagai profesyen undang-undang. Selain ketiga institusi tersebut, ada institusi kepeguaman (peguamcara dan peguambela) yang disebut Lembaga Bantuan Hukum (LBH) untuk membantu ketiga-tiga institusi tadi. Fungsi institusi LBH adalah untuk membantu masyarakat yang tidak mempunyai pengetahuan undang-undang dalam mengendalikan kes mereka.

Sistem peradilan Indonesia sekarang ini sudah ada perubahan. Ada beberapa kes tertentu, seperti kes rasuah, pencabulan hak asasi manusia, keganasan rumah tangga, jenayah ketenteraan, dan jenayah ekonomi dibicarakan di Mahkamah melalui sistem penyiasatan kes yang berbeza dari sistem pengendalian kes lain pada umumnya. Ini bererti setiap institusi pelaksanaan undang-undang (Polis, Pendakwaraya, dan Hakim) telah diberikan pendidikan dan pengetahuan khusus mengenai kes-kes tersebut. Tujuannya adalah agar setiap pelaksana undang-undang mengetahui, mengerti dan memahami undang-undang khas yang berkenaan dengan kes-kes tersebut, sehingga penjenayah tersebut dikenakan hukuman yang sesuai dengan undang-undang sedia ada.

Sistem pengendalian kes khusus berkaitan dengan kes kecuai perubatan seperti yang telah di huraikan di atas belum diwujudkan. Ini merupakan kelemahan atau masalah yang menyebabkan masih banyak kes kecuai perubatan yang masih belum dikendalikan dan mengambil jangka waktu yang lama untuk dibicarakan di Mahkamah. Menurut Yusuf Ismail Pase, kakitangan pihak Penguatkuasa tidak mempunyai pengetahuan yang mendalam dalam ilmu perundangan. Jika ada kes kecuai perubatan berlaku, pihak Polis selalu mensasarkan dakwaann terhadap doktor

<sup>18</sup> Zamzami Usman. 2007. *Sistem pengendalian kes melalui Mahkamah, Banda Aceh*. Temu bual, 26 Oktober.

berdasarkan KUHP (misalnya Pasal 359 KUHP dan Pasal 360 KUHP). Apabila dakwaan ditujukan kepada KUHP, pihak polis akan mengalami kesukaran untuk mencari bukti bagi kes tersebut. Ini adalah kerana KUHP mempunyai banyak kelemahan. Oleh itu kerajaan telah membentuk akta baru, iaitu Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 berkenaan Amalan Kedokteran. Namun begitu pihak Polis jarang menggunakan akta tersebut.<sup>19</sup>

Menurut Ahmad Sobari, pihak-pihak yang mempunyai kuasa pengendalian kes kecuaiian perubatan seperti Polis, Pendakwaraya dan hakim wajar mendapatkan pendidikan khusus mengenai ilmu perubatan dan undang-undang perubatan. Jika kerajaan tidak melakukan hal ini, kes kecuaiian perubatan akan bertambah banyak dan memungkinkan kepercayaan masyarakat terhadap pihak penguatkuasa akan berkurang dan tidak menghairankan sekiranya masyarakat Aceh akan mendapatkan rawatan perubatan di hospital antarabangsa seperti di Malaysia dan Singapura.<sup>20</sup>

Dalam tulisan ini, didapati masih ramai pegawai di institusi kepolisan yang berpendidikan sekolah menengah, diploma dan dalam proses untuk mendapatkan sijil sarjana.<sup>21</sup> Menurut Cut Sri Devi, adalah sangat sulit untuk menyelesaikan kes kecuaiian perubatan jika para Penguatkuasa masih berpendidikan rendah jika dibandingkan dengan para doktor dan peguam yang berpendidikan sarjana muda dan sarjana. Sungguhpun kes tersebut dibicarakan di Mahkamah, dakwaan pihak pendakwaraya banyak yang gagal kerana hujah-hujah yang digunakan tidak tepat atau banyak kelemahan. Ini menyebabkan kemenangan sering berpihak pada pihak doktor dan hospital.<sup>22</sup>

#### (d) Beban Pembuktian

Salah satu penyebab sukarnya menyelesaikan kes kecuaiian perubatan adalah kesukaran membuktikan bahawa doktor telah melakukan kecuaiian perubatan. Dalam sistem undang-undang Indonesia, Pendakwaraya akan melakukan pembuktian. Ini bermakna Pendakwaraya akan menyiasat, mencari bukti dan membuat hujah-hujah yang baik agar dakwaannya diterima oleh hakim dan doktor dapat dihukum dengan hukuman yang sesuai selaras dengan undang-undang yang sedia ada. Namun realitinya masih banyak kes kecuaiian perubatan yang tidak selesai dan sejumlah besar kes kecuaiian perubatan memenangkan pihak doktor atau hospital, kerana pihak Pendakwaraya tidak mampu membuktikan bahawa doktor dan hospital terbabit bersalah atau telah melakukan kecuaiian perubatan.

Oleh itu terdapat cadangan dari pakar undang-undang untuk merubah sistem pembuktian tersebut, walaupun banyak yang tidak sependapat dengan pemikiran tersebut. Walau apapun sistem pembuktian yang digunakan, kes kecuaiian perubatan

<sup>19</sup> Yusuf Ismail Pase. 2007. *Hambatan-hambatan pengendalian kes kecuaiian perubatan, Aceh Utara*. Temu bual, 28 Oktober.

<sup>20</sup> Ahmad Sobari. 2007. *Pengendalian Kes Kecuaian Perubatan, Banda Aceh*. Temu bual, 19 Oktober.

<sup>21</sup> Hirarki pendidikan di Indonesia: (1) Sekolah Dasar, (2) Sekolah Menengah Pertama, (3) Sekolah Menengah Atas, (4) Diploma, (5) Sarjana/S1, (6) Master/Magister/S2, dan (7) Doktor/S3.

<sup>22</sup> Cut Sri Devi. 2007. *Rendahnya pengetahuan penagak hukum terhadap kes kecuaiian perubatan*. Temu bual, 20 Oktober.

tersebut tidak akan dapat diselesaikan atau pihak doktor dan hospital akan selalu dimenangkan jika pihak Penguatkuasa tidak mempunyai kemampuan yang cukup dibidang tersebut dari aspek pengetahuan dalam undang-undang perubatan. Sistem pembuktian yang akan ditawarkan adalah sistem pembuktian terbalik. Sistem pembuktian terbalik terhadap kes kecuiaan perubatan sekarang ini sudah pun menjadi isu nasional. Para pakar undang-undang mempunyai pandangan bahawa sistem penyelesaian kes kecuiaan perubatan, khususnya sistem pembuktian tidak layak lagi menguna pakai sistem pembuktian lama yang dianut oleh KUHAP atau KUHAPdt,<sup>23</sup> kerana ia sangat merugikan pihak pesakit atau keluarga mereka. Oleh itu timbullah pemikiran untuk mengubah sistem pembuktian yang lama dan mencuba sistem pembuktian terbalik sebagaimana sistem pembuktian jenayah rasuah.

Menurut Yusuf Ismail Pase, sistem pembuktian yang dianut oleh KUHAP atau KUHAPdt tidak sesuai lagi digunakan terhadap kes-kes tertentu, begitu juga dengan kes kecuiaan perubatan. Adalah wajar kes kecuiaan perubatan mengadaptasi sistem pembuktian terbalik, di mana doktor dan pihak hospitallah yang harus membuktikan bahawa pihak mereka tidak bersalah atau melakukan tindakan kecuiaan perubatan. Dalam kes kecuiaan perubatan, mangsa biasanya tidak mampu membuktikan hujah mereka bahawa pihak doktor yang bersalah. Oleh itu doktor dan pihak hospitallah yang harus membuktikan bahawa dakwaan atau tuduhan kecuiaan perubatan tersebut itu tidak benar. Salah satu caranya ialah doktor akan menunjukkan laporan perubatan (*medical record*) di mana doktor dapat membuktikan bahawa tindakan perubatan (medik) sudah dilakukan sesuai dengan *standad profesyenal medik* dan *standad operating procedure* yang sedia ada.<sup>24</sup>

Secara amalnya, sistem pembuktian terbalik di dalam kes kecuiaan perubatan belum pernah dilaksanakan, tetapi ia telah dilaksanakan dalam kes sivil iaitu kes perlindungan pengguna. Sistem pembuktian terbalik pernah dilakukan terhadap kes *H. Koribun dan Siti Rohilla lawan Indomobil dkk Sdn Bhd*. Kes inilah yang memberi inspirasi untuk menjalankan sistem pembuktian terbalik dalam kes yang berkaitan dengan kecuiaan perubatan. Ini adalah kerana dalam undang-undang perlindungan pengguna, doktor dan pihak hospital dapat disenaraikan dalam salah satu katagori undang-undang tersebut. Hal ini dapat dilihat dalam Pasal 28 Undang-Undang No. 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Pengguna, menyebutkan bahawa pembuktian sama ada wujud atau tidak unsur kesalahan sebagaimana dinyatakan dalam Pasal 19, Pasal 22 dan Pasal 23 merupakan tanggungjawab pengusaha atau pelaku usaha, salah satunya adalah doktor dan hospital sebagai pelaku usaha dan pemberi jasa.

Selain alasan-alasan yang disebut di atas, adalah sukar untuk menuduh doktor dalam kes kecuiaan perubatan kerana perpaduan di antara para doktor sangat kuat mengakibatkan Mahkamah sangat sukar membuktikan terjadinya kes kecuiaan perubatan. Akibatnya banyak kes kecuiaan perubatan tidak dapat diselesaikan secara

<sup>23</sup> Kitab Undang-Undang Hukum Acara Pidana (KUHAP-Khusus untuk kes jenayah) dan Kitab Undang-Undang Hukum Acara Perdata (KUHAPdt-khusus untuk kes sivil) iaitu peruntukan prosedur pembicaraan kes di Mahkamah

<sup>24</sup> Yusuf Ismail Pase. 2007. *Hambatan-hambatan pengendalian kes kecuiaan perubatan, Acheh Utara*. Temu bual, 28 Oktober.



adil dan pesakit lebih banyak memilih penyelesaian secara rundingan daripada membawa kes yang dialaminya ke Mahkamah. Keeratan hubungan emosional di kalangan doktor menyebabkan mereka sukar untuk memberikan keterangan mengenai kecuaiian atau kesalahan rakan sejawatan mereka, malah mereka saling melindungi antara satu sama lain. Menurut Ahmad Sobari, jika keadaan seperti ini berlaku, sebuah institusi berkecuali (*independent*) yang boleh menyelesaikan sengketa antara doktor dan pesakit secara neutral hendaklah ditubuhkan untuk membuktikan kebenaran dan jaminan hukuman ke atas mereka yang bersalah kepada masyarakat.<sup>25</sup>

### (e) RENDAHNYA MORAL PENEGAK UNDANG-UNDANG

Undang-undang yang bermoral bererti undang-undang yang berlandaskan pada nilai-nilai moral dalam kandungan dan pelaksanaannya. Ini menunjukkan undang-undang dan moral mempunyai hubungan yang erat antara satu sama. Undang-undang tidak bermakna jika tidak dijiwai oleh kemoralan, kerana kualiti undang-undang sebahagian besar ditentukan oleh kualiti moralnya. Oleh itu undang-undang seharusnya diukur dengan nilai-nilai moral. Dalam bahasa Belanda disebutkan *quid leges sine moribus* yang bermaksud "*apa ertinya undang-undang, jika tidak disertai dengan kemoralan*". Berdasarkan huraian yang disebut di atas, nilai-nilai moral harus ada pada setiap kandungan undang-undang dan yang paling penting adalah dalam setiap pelaksanaan undang-undang, pelaksana undang-undang seperti Polis, Pendakwaraya, Peguambela dan Hakim harus mengutamakan nilai-nilai moral dan menyetepikan segala kepentingan peribadi atau kumpulan. Berdasarkan fakta yang diperolehi, banyak kes undang-undang yang tidak dapat diselesaikan sama ada kes jenayah atau kes sivil. Apakah penyebab permasalahan ini sehingga keadaan seperti ini terjadi? adakah undang-undangnya tidak bermoral atau pelaksana undang-undang yang tidak bermoral?

Menurut Untung Syahputra, undang-undang yang menetapkan perkhidmatan perubatan di Indonesia sudah diperbaharui dan produk undang-undang tersebut digubal oleh bangsa Indonesia sendiri. Undang-undang tersebut sudah disesuaikan dengan budaya dan keperluan masyarakat serta nilai-nilai moral yang sedia ada. Namun undang-undang yang bermoral sahaja tidak cukup, apabila pelaksana undang-undangnya tidak bermoral atau beretika dalam menjalankan tugas-tugas mereka. Selagi undang-undang dan para pelaksana undang-undangnya tidak beretika, selagi itulah kita tidak akan dapat mewujudkan keadilan dalam segala aspek kepentingan masyarakat.<sup>26</sup>

<sup>25</sup> Ahmad Sobari. 2007. *Pengendalian Kes Kecuaian Perubatan, Banda Aceh*. Temu bual, 19 Oktober.

<sup>26</sup> Untung Syahputra. 2007. *Pengendalian kes-kes yang berlaku di Aceh, Aceh Utara*. Temu bual, 25 Oktober.

Dalam konteks inilah penulis tidak bersetuju dengan istilah "*undang-undang sebagai panglima*" (supremasi hukum). Menurut penulis, "*undang-undang tidak boleh menjadi panglima*" walaupun undang-undang tersebut bermoral dan sesuai dengan keperluan masyarakat tetapi undang-undang tersebut boleh disalah gunakan untuk "*kepentingan pribadi atau penguasa*" dalam pelaksanaannya. Ini bermaksud undang-undang yang baik memerlukan pelaksana undang-undang yang baik juga.

Dalam tulisan ini, penulis menitikberatkan pada nilai-nilai moral yang universal, iaitu nilai-nilai moral yang memfokuskan pada nilai-nilai agama dan sosial. Penulis berkeyakinan bahawa apabila nilai-nilai moral yang universal bagi setiap agama disertakan dalam proses penggubalan sebuah rang undang-undang dan dihayati oleh para pelaksana undang-undang maka akan menjurus kepada undang-undang seterusnya menghasilkan pelaksanaan undang-undang yang bermoral, beretika dan adil.

### KESIMPULAN

Pada pendapat penulis, banyak faktor penyebab yang menunjukkan bahawa hak pesakit tidak dilindungi oleh Undang-Undang. Untuk memperbaiki keadaan tersebut di atas, penulis mencadangkan agar suatu institusi independen (*tribunal*) yang khusus ditubuhkan untuk mengendalikan kes kecuaiian perubatan, selain daripada memberikan pendidikan khusus tentang ilmu perubatan dan undang-undang perubatan kepada penguatkuasa yang tebabit dengan pengendalian kes kecuaiian perubatan. Selain dari itu kesedaran masyarakat juga perlu dipertingkatkan supaya mereka lebih berkeyakinan untuk membawa kes-kes kecuaiian perubatan ke muka peradilan. Kurikulum untuk sekolah-sekolah perubatan juga perlu memasukkan kursus undang-undang perubatan supaya doktor dan pengamal perubatan juga sedar akan tanggungjawab mereka terhadap masyarakat khususnya pesakit. Hanya dengan cara sedemikian kes-kes kecuaiian perubatan dapat diadili dengan wajar dan memberi kebaikan kepada semua pihak.

Muhammad Hatta  
Pensyarah Fakultas Hukum  
Universitas Malikussaleh  
Jln. Tgk. Chik Ditiro No. 26 Gampong Lancang Garam  
Kecamatan Banda Sakti Kota Lhokseumawe  
Acheh Darussalam.