

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Secara historis, rumah sakit atau *hospital* merupakan suatu institusi hasil pelebagaan dari suatu pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, menurut sejarahnya rumah sakit tidak terpisah dengan sebuah upaya pengobatan. Pada mulanya Rumah sakit sebagai lembaga pelayanan kesehatan didirikan dengan latar belakang pelaksanaan tugas keagamaan atau pelaksanaan ibadah. Rumah sakit dalam konteks ini melaksanakan tugas semata-mata untuk tujuan sosial kemanusiaan sesuai dengan perintah agama. Pelayanan rumah sakit pada waktu itu terutama difokuskan pada pengobatan masyarakat yang kurang mampu. Pada masa itu, pelayanan kesehatan di rumah sakit dikenal suatu doktrin *charitable community*, yaitu rumah sakit merupakan lembaga karitas yang sarat dengan sifat sosial, kemanusiaan yang dilandasi nilai Ke-Tuhanan serta tidak untuk mencari keuntungan.

Melalui doktrin *charitable community* pada prinsipnya rumah sakit tidak dapat digugat jika melakukan kesalahan yang menimbulkan kerugian pada diri pasien. Alasannya adalah rumah sakit melakukan tugas kemanusiaan, menolong pasien tanpa pamrih. Namun, sesuai dengan perkembangan masyarakat dan dinamika pelayanan kesehatan, rumah sakit telah berubah dari pelayanan yang bersifat sosial kemanusiaan mengarah pada pelayanan kesehatan dengan tujuan mencari keuntungan (*profit motive*). Kondisi demikian ditegaskan oleh Anthony Giddens, bahwa pelayanan kesehatan telah bergeser dari *public goods* menjadi

*private goods*, sehingga pemenuhan kepuasan pasien semakin lama semakin kompleks dan rumah sakit bersaing untuk menarik pasien.<sup>1</sup>

Fungsi rumah sakit secara klasik adalah memberi pelayanan pengobatan dan penyembuhan kepada pasien secara rawat jalan dan rawat inap. Fungsi ini dalam literatur medis dinamakan sebagai fungsi pelayanan intramural. Melalui perkembangan yang begitu kompleks saat ini, rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Pelayanan kesehatan paripurna yang dimaksud adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Dalam pelayanan tugas kesehatan perorangan secara paripurna tersebut, rumah sakit mempunyai fungsi menyelenggarakan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit. Selain itu, rumah sakit juga mempunyai fungsi pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai dengan kebutuhan medis (Pasal 5 Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, selanjutnya disingkat UU RS No. 44 Tahun 2009). Adapun yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan paripurna tingkat kedua adalah upaya kesehatan perorangan tingkat lanjut dengan mendayagunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan spesialisik. Sedangkan, yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan paripurna tingkat ketiga adalah upaya kesehatan perorangan tingkat

---

<sup>1</sup> Endang Wahyati Yustina, 2012, *Mengenal Hukum Rumah Sakit*, Keni Media, Bandung, Hlm.7; Benyamin Lumenta, 1989, *Hospital, Citra, Peran dan Fungsi (Tinjauan Fenomena Sosial)*, Kanisius, Yogyakarta. Hlm. 17-29

lanjut dengan mendayagunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan sub spesialisik.

Rumah sakit dalam rangka memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, pada prinsipnya harus ditunjang oleh sumber daya di bidang kesehatan. Dengan kata lain, rumah sakit harus memiliki sumber daya yang memadai, sehingga tujuan pelayanan kesehatan secara paripurna dapat tercapai. Sumber daya yang dimaksud di sini adalah sumber daya manusia, yaitu tenaga kesehatan. 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 (Pasal 1 angka 6 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, selanjutnya disingkat UU K No. 36 Tahun 2009 jo. Pasal 1 angka 1 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, selanjutnya disingkat UU TK No. 36 Tahun 2014).

Selanjutnya, tenaga kesehatan di Indonesia menurut ketentuan Pasal 11 UUTK No. 36 Tahun 2014 dapat dikelompokkan menjadi 13 kelompok yaitu: tenaga medis, tenaga psikologi klinis, tenaga keperawatan, tenaga kebidanan, tenaga kefarmasian, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga kesehatan lingkungan, tenaga gizi, tenaga keterampilan fisik, tenaga keteknisian medis, tenaga teknik biomedika, tenaga kesehatan tradisional, dan tenaga kesehatan lain. Untuk jenis tenaga kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga medis terdiri atas dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis.

Tenaga medis yang terdiri atas dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis pada dasarnya merupakan tenaga kesehatan yang paling penting dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit. Menurut ketentuan Pasal 1 angka 1 Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (selanjutnya disingkat UU PK No. 29 Tahun 2004) yang dimaksud dengan Dokter dan dokter gigi adalah dokter, dokter spesialis, dokter gigi, dokter gigi spesialis lulusan pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah Republik Indonesia sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Menurut ketentuan Pasal 12 UU RS No. 44 Tahun 2009, bahwa rumah sakit harus memiliki tenaga medis yang bersifat tetap. Selain itu, rumah sakit juga harus memiliki tenaga tetap lainnya seperti penunjang medis, tenaga keperawatan, tenaga kefarmasian, tenaga manajemen rumah sakit dan tenaga non kesehatan. Selanjutnya, yang dimaksud dengan tenaga tetap adalah tenaga yang bekerja secara “purna waktu”. Dokter purna waktu dapat juga disebut dokter *in* atau *full time*, yang dalam konteks ini rumah sakit bertanggung jawab atas segala tindakan dokter “*in*”.<sup>2</sup> Dokter purna waktu atau dokter *in* atau dokter *full time* pada prinsipnya mempunyai kedudukan *sub-ordinate* dari sebuah rumah sakit (pegawai atau *employee*) atau sering juga disebut sebagai “dokter organik”. Hubungan ini pada umumnya terjadi di rumah sakit milik pemerintah baik pusat maupun daerah, yang tenaga dokternya digaji/dibayar secara penuh/tertetap oleh rumah sakit/pemerintah. Dokter bekerja dan dibayar di rumah sakit dengan tidak melihat

---

<sup>2</sup> Fred Ameln. 1991. *Kapita selekta Hukum Kedokteran*. Grafikatama Jaya, Jakarta. Hlm. 74

berapa jumlah pasien yang dilayani dan tidak melihat banyaknya tindakan yang telah ia lakukan. Oleh karena itu karakteristik hubungan yang lebih dominan adalah pasien dan rumah sakit, dan pasien berkewajiban melakukan kontra prestasi terhadap rumah sakit. Dalam kaitan dokter sebagai *sub-ordinate* dari rumah sakit inilah berlaku doktrin *vicarious liability*, *respondeat superior*, dan yang berkembang pada doktrin *hospital liability*.<sup>3</sup>

Namun demikian, pada prinsipnya rumah sakit dapat mempekerjakan tenaga tidak tetap dan konsultan sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (Pasal 12 ayat (4) UU RS No. 44 Tahun 2009). Yang dimaksud dengan kemampuan di sini meliputi kemampuan dana dan pelayanan rumah sakit (Penjelasan Pasal 12 ayat (4) UU RS No. 44 Tahun 2009). Berdasarkan ketentuan Pasal 12 di atas, berarti sebuah rumah sakit dapat mempekerjakan tenaga tidak tetap seperti halnya tenaga medis atau dokter dari luar rumah sakit. Dokter tidak tetap tersebut, sering juga disebut sebagai dokter *out* (dokter tamu), yang berarti bukan pegawai rumah sakit tersebut.<sup>4</sup>

Dalam literatur hukum medis, dokter *out* tersebut, sering juga dinamakan sebagai *independent contractor* (tenaga bebas). Sebagai contoh, apabila dalam rumah sakit tertentu tidak memiliki dokter bedah dan dokter anestesi, maka rumah sakit akan mendatangkan dokter dari luar atau dapat saja dokter ahli bedah tersebut membawa pasiennya untuk melakukan operasi pembedahan. Artinya dapat saja dokter bedah yang praktik di luar kemudian merekomendasikan pasiennya untuk dilakukan operasi di rumah sakit tertentu yang belum punya

---

<sup>3</sup> Indra Sari Aulia. 2014. *Tanggung Jawab Hukum Rumah Sakit terhadap Kelalaian Medis yang Dilakukan Tenaga Kesehatan*. Tesis Magister Hukum Unila. Hlm. 61

<sup>4</sup> Fred Ameln. *Loc Cit.*

dokter bedah. Operasi yang dimaksud dapat saja berupa operasi yang bersifat kuratif, diagnostik, *lifesaving* (penyelamatan nyawa), refungsi, preventif, rekonstruksi maupun estetika.

Dalam kondisi demikian, mungkin saja akan terjadi masalah yang cukup kompleks, misalnya apabila ada operasi yang dilakukan oleh suatu tim dokter bedah. Tim dokter tersebut sebagian terdiri dari dokter spesialis yang digaji oleh rumah sakit bersangkutan atau dokter *in* dan sebagian dokter tamu atau dokter *out*. Suatu tim bedah sebagai suatu kesatuan tidak dapat dinyatakan bertanggung jawab atas suatu kesalahan atau kelalaian, karena dokter peserta dari tim tersebut selalu harus bertanggung jawab sendiri atas bagian pekerjaan yang ia lakukan sewaktu operasi dilakukan sesuai dengan keahliannya dokter peserta tersebut. Sebagai contohnya adalah terhadap kasus Dokter Nuboer, dimana *Hoge Raad* (HR) melalui Arrestnya No. 328 tanggal 31 mei 1968 telah menguatkan pengadilan di tingkat bawah, bahwa Dokter Nuboer tidak dapat dituntut atas tertinggalnya jarum suntik dalam tubuh pasien karena ia bekerja dalam hubungan satu tim dan tidak terbukti bahwa ia telah melakukan kelalaian.<sup>5</sup>

Dengan demikian, berdasarkan uraian di atas dapat diketahui bahwa pada rumah sakit-rumah sakit tertentu dokter atau tenaga medis yang bekerja di dalamnya dapat dibedakan menjadi dua, yaitu dokter yang merupakan tenaga tetap rumah sakit bersangkutan dan dokter yang merupakan dokter tamu. Contoh, di Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Moeloek (RSAM) Provinsi Lampung tenaga medis yang melayani pasien di rumah sakit terdiri atas tenaga medis tetap dan tenaga medis sebagai dokter tamu. Tenaga medis dokter tamu di rumah sakit

---

<sup>5</sup> Fred Ameln, *Op Cit*, Hlm. 75-75.

tersebut, terdiri dari: dokter subspesialis *hepatoloenterologi* dan *endoscopy*, dokter spesialis bedah anak, dokter spesialis bedah otot dan tulang, dokter spesialis gizi klinik dan dokter spesialis forensik.

Dokter yang merupakan tenaga tetap secara hukum telah terjadi untuk melakukan suatu pekerjaan di rumah sakit dengan ciri-ciri tertentu. Pertama, dokter bekerja atas perintah rumah sakit. Kedua, dokter harus menaati segala bentuk peraturan yang berlaku di rumah sakit tersebut. Ketiga, dokter dibayar atau digaji oleh rumah sakit bersangkutan. Dengan demikian, antara dokter tetap tersebut dengan rumah sakit bersangkutan terbit suatu perikatan untuk berbuat sesuatu sebagaimana disebutkan dalam ketentuan Pasal 1234 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata (KUH Perdata). Namun demikian khusus untuk dokter yang berstatus Pegawai Negeri Sipil dan bekerja pada rumah sakit milik pemerintah, maka berlaku sepenuhnya tentang peraturan perundang-undangan di bidang kepegawaian.

Selanjutnya, dokter yang merupakan dokter tamu pada suatu rumah sakit tertentu, biasanya diadakan suatu perjanjian khusus (*bijzondere overeenkomst*) yang mengatur hubungan kedua belah pihak. Yang pada umumnya perjanjian tersebut ditentukan oleh rumah sakit bersangkutan, dan isi perjanjiannya akan berlainan antara rumah sakit yang satu dengan rumah sakit yang lain. Kondisi ini disesuaikan dengan kelas rumah sakit, kemampuan dan jumlah pasien. Meskipun pola pekerjaan dokter tamu dalam sebuah rumah sakit telah diatur dalam sebuah perjanjian, namun masalah tanggung jawab rumah sakit terhadap dokter tamu tersebut, masih perlu mendapat perhatian. Timbul pertanyaan bagaimana andai

kata terjadi kelalaian yang dilakukan oleh dokter tamu di rumah sakit dan mengakibatkan kerugian pada diri pasien dan keluarganya? Apakah rumah sakit secara serta merta juga dapat bertanggung jawab sesuai dengan doktrin *hospital liability*?

Seperti diketahui bahwa pelayanan di rumah sakit yang paling mengandung risiko adalah bidang pelayanan bedah. Hal ini seperti yang disampaikan oleh Suharjo Cahyono, bahwa bidang pelayanan bedah merupakan bagian pelayanan yang lebih sering menimbulkan cedera medis dan komplikasi dibandingkan di bagian lain. Misal, dalam tindakan pra-bedah atau sebelum dilakukan operasi adalah tindakan anestesi, yang dalam tindakan inipun selalu akan berisiko terhadap tubuh pasien. Seperti peristiwa dua pasien di Rumah Sakit Siloam Karawaci Tangerang meninggal dunia setelah pemberian obat anestesi *Buvanest Spinal*.<sup>6</sup> Kasus ini menunjukkan begitu kompleksitasnya prosedur pra-bedah di rumah sakit. bagaimana kalau ini dilakukan oleh dokter tamu? Terlebih-lebih kalau dokter tamu (dokter bedah dan anestesi) berpraktik di sana-sini dan melayani pasien secara kurang proporsional.

Terhadap kejadian-kejadian yang tidak diharapkan tersebut tentu saja akan merugikan pasien dan keluarganya. Oleh karena itu, dalam konteks ini perlu diketahui mengenai bentuk pertanggungjawaban rumah sakit terhadap kerugian akibat kelalaian dari dokter tamu, kedudukan hukum antara rumah sakit dan dokter tamu, dan secara perdata perlu diketahui bentuk-bentuk atau jenis-jenis perjanjian apa saja yang dilakukan oleh rumah sakit dengan dokter tamu.

---

<sup>6</sup> Harian Kompas, tanggal 17 Februari 2015.



## **B. Perumusan Masalah**

Dari latar belakang di atas, permasalahan dalam penulisan ini adalah:

1. Apakah rumah sakit dapat dimintai pertanggungjawaban terhadap kesalahan atau kelalaian yang mengakibatkan kerugian pada diri pasien yang dilakukan oleh dokter tamu dan bagaimana bentuk tanggung jawab yang dapat dilakukan baik oleh rumah sakit maupun dokter tamu?
2. Bagaimana kedudukan hukum antara rumah sakit dan dokter tamu?
3. Bagaimana jenis-jenis atau bentuk-bentuk perjanjian yang dibuat oleh rumah sakit dan dokter tamu dalam pelayanan kesehatan?

## **C. Tujuan dan Kegunaan Penelitian**

### **1. Tujuan dari penelitian ini adalah :**

- a. Untuk memahami pertanggungjawaban yang dapat dilakukan baik oleh rumah sakit maupun dokter tamu terhadap kesalahan atau kelalaian yang mengakibatkan kerugian pada diri pasien yang dilakukan oleh dokter tamu.
- b. Untuk memahami bagaimana kedudukan hukum antara rumah sakit dan dokter tamu.
- c. Untuk memahami dan menganalisis jenis-jenis atau bentuk-bentuk perjanjian yang di buat oleh rumah sakit dan dokter tamu dalam pelayanan kesehatan.

### **2. Kegunaan Penelitian**

- a. Secara teoritis, hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi tentang tanggung jawab rumah sakit terhadap kelalaian atau kelasalahan yang dilakukan oleh dokter tamu.

- b. Selain itu, bermanfaat bagi pengelola rumah sakit dan tenaga medis khususnya dokter tamu dalam melayani pasien di rumah sakit.
- c. Secara praktik, penelitian ini akan bermanfaat bagi rumah sakit dalam menggunakan dokter tamu untuk memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan bidang keahliannya yang sesuai dengan standar profesi maupun standar prosedur operasional.

#### **D. Kerangka Teoritik**

Pada prinsipnya rumah sakit baik milik pemerintah maupun milik swasta adalah berstatus sebagai badan hukum yang memiliki personalitas hukum (*legal personality*) sebagai subyek hukum. Oleh karena itu, rumah sakit dapat memikul tanggung jawab (*aansprakelijkheid, liability*) atas segala tindakan atau perbuatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang bekerja di rumah sakit bersangkutan. Dengan kata lain, rumah sakit dimana tempat dokter bekerja juga turut bertanggung jawab atas perbuatan dokter atau tenaga kesehatan yang bertentangan dengan profesinya. Dalam hal ini berlaku doktrin hubungan majikan dan karyawan (*Vicarious Liability*), yang dalam perkembangannya di dunia perumahsakitan mulai diterapkan secara universal doktrin *Hospital Liability*.<sup>7</sup> *Vicarious liability* timbul akibat kesalahan yang dibuat oleh bawahannya (*subordinate*). Dalam kaitannya dengan pelayanan medik maka rumah sakit (sebagai atasan atau *employer*) dapat bertanggung jawab atas kesalahan yang dibuat oleh dokter atau tenaga kesehatan yang bekerja dalam kedudukan sebagai sub-ordinat (pegawai atau *employee*). Lain halnya jika tenaga kesehatan, misalnya

---

<sup>7</sup> Guwandi. 2011. *Hukum Rumah Sakit dan Corporate Liability*. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta. Hlm. 14

dokter, bekerja sebagai mitra/tamu sehingga kedudukannya setingkat dengan rumah sakit. Menurut *doctrine of vicarious liability*, rumah sakit (meskipun sebagai *artificial entity* tidak melakukan kesalahan apa-apa) juga dapat bertanggung jawab atas kesalahan dokter tetap yang bekerja di institusi tersebut.

Doktrin *vicarious liability* pada prinsipnya sesuai dengan ketentuan Pasal 1367 KUH Perdata, yang bunyinya: “Seseorang tidak hanya bertanggungjawab atas kerugian yang disebabkan perbuatannya sendiri, melainkan juga atas kerugian yang disebabkan perbuatan orang-orang yang menjadi tanggungannya, atau disebabkan barang-barang yang berada di bawah pengawasannya”.

Menurut ketentuan Pasal 1367 KUH Perdata di atas, majikan (*employer*) atau orang yang mengangkat orang lain untuk mewakili urusan mereka, bertanggung jawab terhadap perbuatan melawan hukum yang dilakukan oleh pegawainya (*servant*) atau karyawannya (*employee*). Tanggung jawab yang dikonstruksikan Pasal 1367 KUH Perdata tersebut disebut tanggung jawab orang yang mewakili atau *vicarious liability* atau *vicarious responsibility*. Artinya, tanggung jawab perdata yang dipaksakan hukum (*imposed by law*) kepada seseorang atas perbuatan melawan hukum yang dilakukan orang lain. Sebab dalam konteks ini perbuatan atau kelakuan pelaku dianggap berlaku atau dikonstruksikan berhubungan dengan orang lain.<sup>8</sup>

Dasar Pasal 1367 KUH Perdata memikul tanggung jawab atas perbuatan melawan hukum yang dilakukan bahwa karyawan atau pegawai melalui konstruksi *vicarious liability*, bertitik tolak dari alasan kurang hati-hatian majikan dalam hal ini rumah sakit mengangkat karyawan atau tenaga kesehatan

---

<sup>8</sup> Yahya Harahap. 2011. *Hukum Perseroan Terbatas*. Sinar Grafika, Jakarta. Hlm. 128

yang disebut sebagai *culpa in aligendo*. Namun terhadap teori ini, ada teori lain sebagai alasan bahwa majikan atau rumah sakit tidak bertanggung jawab atas perbuatan yang dilakukan oleh karyawan atau tenaga kesehatannya, yang dikenal dengan teori “menimbulkan keadaan yang membahayakan” atau *gevaarzetting theorie*.<sup>9</sup> Akan tetapi untuk mengesampingkan *gevaarzetting theorie* atau ajaran hukum lain yang mengatakan seseorang yang meminta bantuan pihak ketiga untuk melakukan suatu perbuatan atau tindakan untuk dan atas namanya, harus berani menanggung risiko terhadap perbuatan yang dilakukan orang yang diminta bantuannya itu untuk mana orang tersebut digunakan.<sup>10</sup>

Pertanggung jawaban yang ditentukan dalam ketentuan Pasal 1367 KUH Perdata di atas pada prinsipnya hanya berlaku pada dokter tetap atau dokter *full time*, sebagai pegawai tetap dari suatu rumah sakit, yang pada umumnya adalah rumah sakit milik pemerintah. Oleh karenanya secara teoritis rumah sakit sebagai badan hukum (*recht persoon*) dapat dimintai pertanggungjawaban yang dapat dibedakan menjadi dua yaitu: tanggung jawab dalam makna *liability*, *aansprakelijkheid* atau tanggung jawab yuridis dan tanggung jawab dalam makna *responsibility*, *verantwoordelijkheid* atau tanggung jawab moral (etis). Secara prinsip *liability*, *aansprakelijkheid* menunjukkan pada akibat yang timbul dari akibat kegagalan untuk memenuhi standar tertentu, sedangkan bentuk tanggung jawabnya diwujudkan dalam bentuk ganti kerugian dan pemulihan sebagai akibat dari terjadinya kerusakan atau kerugian. Dengan kata lain tanggung jawab dalam arti *liability*, *aansprakelijkheid* adalah tanggung jawab hukum atau yuridis.

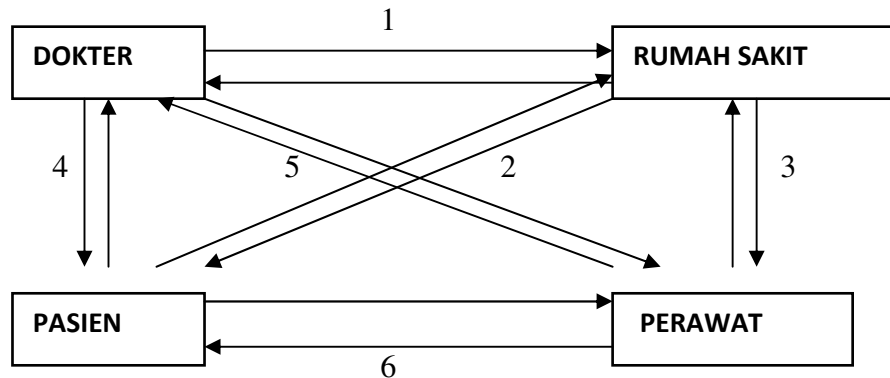
---

<sup>9</sup> Marianne Termorshiizen. 1999. *Kamus Hukum Belanda-Indonesia*. Jakarta. Hlm. 146

<sup>10</sup> Moegni Djojodirdjo. 1979. *Perbuatan Melawan Hukum*. Pradnya Paramita, Jakarta. Hlm. 130

Selanjutnya, bagaimana hubungan perikatan dalam upaya pelayanan kesehatan yang melibatkan dokter, perawat, rumah sakit dan pasien. Dengan meminjam konstruksi yang pernah dikemukakan oleh Hermien Hadiati Koeswadji<sup>11</sup>, maka diperoleh bagan sebagai berikut:

Bagan 1. Hubungan keperdataan dokter, perawat, pasien dan rumah sakit



Hubungan keperdataan dari bagan tersebut, akan diperoleh beberapa konstruksi hukum, yakni:

- a. Hubungan 1 antara dokter dan rumah sakit, dapat didasarkan pada perjanjian kerja atau perjanjian perburuhan bagi rumah sakit swasta, sedangkan bagi rumah sakit pemerintah berlaku hukum kepegawaian yang masuk dalam lingkup Hukum Administrasi Negara (HAN).
- b. Hubungan 2 antara rumah sakit dan pasien, diatur melalui *verzorgingsovereenkomst* (perjanjian keperawatan) yang digolongkan sebagai perjanjian untuk melakukan jasa-jasa tertentu (Pasal 1601 KUH

<sup>11</sup> Hermien Hadiati Koeswadji. 2002. *Hukum Kedokteran (Studi Tentang Hubungan Hukum Dalam Mana Dokter Sebagai Salah Satu Pihak)*. Citra Aditya Bakti, Bandung. Hlm. 134

Perdata). Rumah sakit memikul beban tanggung jawab apabila pelayanan kesehatan yang diberikan perawat di bawah standar profesi, oleh karenanya di sini berlaku doktrin *vicarious liability*.

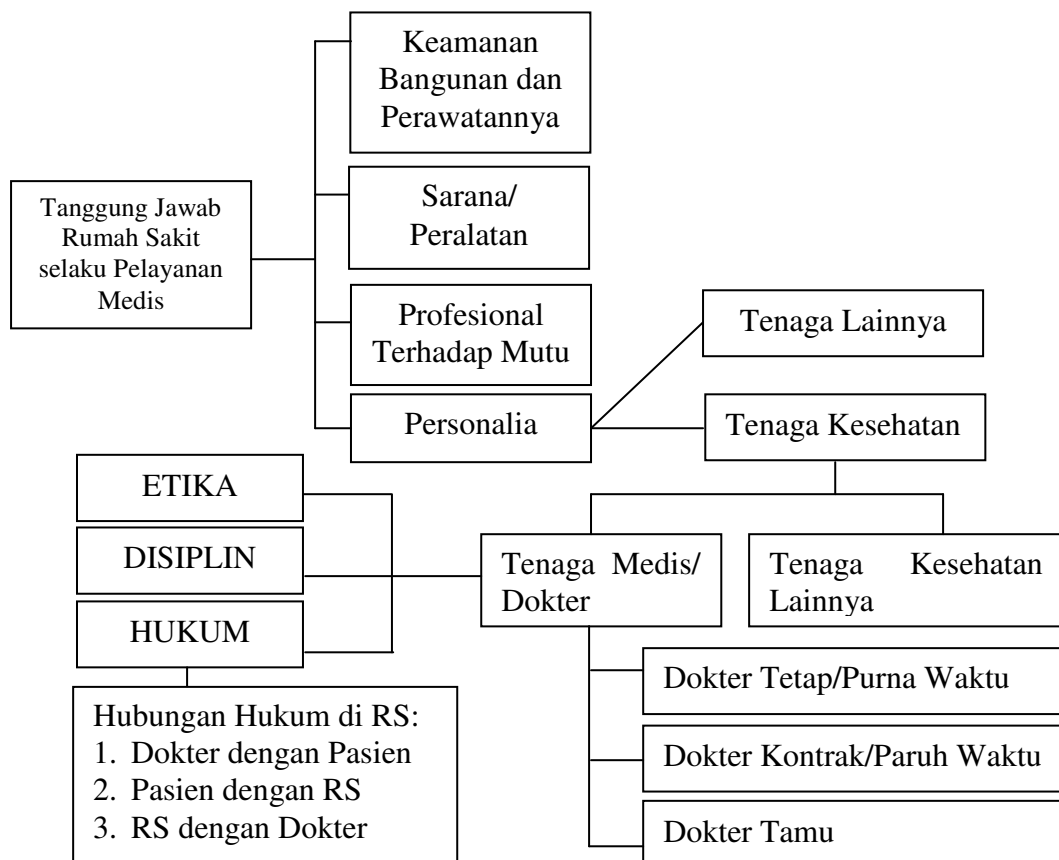
- c. Hubungan 3 antara rumah sakit dan perawat, diatur berdasarkan perjanjian perburuhan bagi rumah sakit swasta, sedangkan bagi rumah sakit pemerintah berlaku hukum kepegawaian.
- d. Hubungan 4 antara dokter dan pasien, termasuk dalam perjanjian penyembuhan (transaksi terapeutik). Transaksi terapeutik secara perdata dapat digolongkan sebagai perjanjian untuk melakukan jasa-jasa tertentu (Pasal 1601 KUH Perdata).
- e. Hubungan 5 antara dokter dan perawat, berlaku sebagai tugas bantuan. Artinya, perawat dalam tindakan medik hanya sebatas membantu dokter, oleh karena itu yang harus dilakukan perawat sesuai dengan perintah dan petunjuk dokter. Perawat tidak bertanggung jawab atas kesalahan dokter, di sini berlaku doktrin perpanjangan tangan dokter (*verlengde arm van de art*).
- f. Hubungan 6 antara perawat dan pasien, diatur melalui perjanjian keperawatan (*verzorgingsovereenkomst*). Hubungan 6 tersebut, hubungan hukumnya sama dengan yang terdapat dalam hubungan 2 di atas, yaitu digolongkan sebagai perjanjian untuk melakukan jasa-jasa tertentu (Pasal 1601 KUH Perdata).

Berdasarkan telaah di atas, masing-masing hubungan dokter dan pasien, dokter dan rumah sakit, perawat dan dokter mempunyai konstruksi hukum yang berbeda-beda.

Selanjutnya konstruksi lain yang berhubungan dengan dokter tamu dan rumah sakit adalah pertama, bahwa hubungan dokter tamu dengan pasien dalam sebuah rumah sakit merupakan hubungan medik atau transaksi terapeutik (perjanjian penyembuhan). Kedua, hubungan pasien dengan rumah sakit dimana dokter tamu tersebut bekerja telah terjadi hubungan atau perjanjian keperawatan/perawatan (*verzoring contract*). Akibatnya, salah-olah pihak rumah sakit hanya menyediakan tenaga perawat dan sarana serta prasarana kesehatan yang ada, sedangkan untuk perjanjian penyembuhannya sangat ditentukan oleh dokter tamu bersangkutan.

Melalui konstruksi yang ditentukan oleh *Hospital By Laws*, maka dapat diperoleh gambaran sebagai berikut:

Bagan 2. Kerangka Hubungan dokter, perawat, pasien dan rumah sakit.



Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 722/Menkes/SK/XII/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital ByLaws*), bahwa Rumah sakit merupakan suatu instansi yang pada pokoknya dapat dikelompokkan menjadi pelayanan medis dalam arti luas yang menyangkut kegiatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, pendidikan dan latihan tenaga medis, penelitian dan pengembangan ilmu kedokteran. Berdasarkan ketentuan tersebut pada dasarnya terdapat empat bagian berkaitan dengan pertanggungjawaban rumah sakit selaku pelayanan medis, yaitu:

- a) tanggung jawab terhadap personalia;
- b) tanggung jawab professional terhadap mutu;
- c) tanggung jawab terhadap sarana/peralatan; dan
- d) tanggung jawab terhadap keamanan bangunan dan perawatannya.

Hubungan hukum yang timbul antara pasien dan rumah sakit dapat dibedakan pada dua macam perjanjian yaitu: pertama, perjanjian perawatan dimana terdapat kesepakatan antara rumah sakit dan pasien bahwa pihak rumah sakit menyediakan kamar perawatan dan dimana tenaga perawatan melakukan tindakan perawatannya. Kedua, perjanjian pelayanan medis dimana terdapat kesepakatan antara rumah sakit dan pasien bahwa tenaga medis pada rumah sakit akan berupaya secara maksimal untuk menyembuhkan pasien melalui tindakan medis *Inspaninngs Verbintenis*.

Rumah sakit sebagai badan hukum bertanggung jawab atas tindakan medis yang dilakukan dokternya yakni tanggung jawab etik dan tanggung jawab hukum. Tanggung jawab etik umumnya meliputi tanggung jawab disiplin profesi,



sedangkan tanggung jawab hukum termasuk tanggung jawab hukum pidana, perdata, dan administrasi. Pasal 46 UU RS No. 44 Tahun 2009, dinyatakan bahwa:

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

Dokter yang bekerja di suatu rumah sakit dapat memiliki hubungan administratif yang bervariasi dengan rumah sakit tersebut. Di rumah sakit, seorang dokter dapat berstatus sebagai (a) pegawai negeri yang dipekerjakan atau ditempatkan di rumah sakit pemerintah, atau berstatus (b) pegawai swasta dari perusahaan pemilik rumah sakit swasta tersebut, atau sebagai (c) pegawai tetap rumah sakit, atau sebagai (d) tenaga kerja (purna waktu) berdasar kontrak untuk waktu tertentu, atau sebagai (e) tenaga kerja berdasar kontrak untuk melakukan pelayanan kedokteran tertentu secara paruh waktu, atau sebagai (f) dokter tamu. Jenis hubungan tersebut sangat mempengaruhi hak dan kewajiban diantara kedua pihak dan tanggung jawabnya kepada pihak ketiga.<sup>12</sup>

#### **E. Kerangka Konseptual**

1. Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat (Pasal 1 angka 1 UU RS No. 44 Tahun 2009).
2. Hukum perdata adalah hukum antar perorangan yang mengatur hak dan kewajiban perorangan yang satu terhadap yang lainnya di dalam hubungan

---

<sup>12</sup> Machmud, Syahrul, 2012. *Penegakan Hukum dan Perlindungan Bagi Dokter yang Diduga Melakukan Medikal Malpraktek*, Bandung: CV. Karya Putra Darwati. Hlm. 200-201

keluarga dan di dalam pergaulan masyarakat. Pelaksanaannya diserahkan kepada masing-masing pihak.<sup>13</sup>

3. Tanggung jawab rumah sakit di sini adalah tanggung jawab (*liability, aansprakelijkheid*), artinya rumah sakit secara yuridis dapat digugat ke pengadilan. Secara prinsip *liability, aansprakelijkheid* menunjukkan pada akibat yang timbul dari akibat kegagalan untuk memenuhi standar tertentu, sedangkan bentuk tanggung jawabnya diwujudkan dalam bentuk ganti kerugian dan pemulihan sebagai akibat dari terjadinya kerusakan atau kerugian. Dengan kata lain, tanggung jawab dalam arti *liability, aansprakelijkheid* adalah tanggung jawab hukum perdata. Pasal 46 UU RS No. 44 Tahun 2009 menentukan, bahwa “Rumah Sakit bertanggung jawab secara hukum terhadap semua kerugian yang ditimbulkan atas kelalaian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di Rumah Sakit”. Purwahid Patrik, menegaskan bahwa tanggung jawab pada dasarnya ada seseorang yang harus menanggung terhadap gugatan. Berarti ada orang yang dirugikan, minta agar kerugian itu ditanggung atau dipertanggungjawabkan oleh orang yang membuat kerugian. Dalam hukum berarti adanya hubungan antara orang yang dirugikan dan orang yang membuat kerugian.<sup>14</sup>
4. Dokter dan dokter gigi adalah dokter, dokter spesialis, dokter gigi, dan dokter gigi spesialis lulusan pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah Republik Indonesia sesuai dengan peraturan perundang-undangan (Pasal 1

---

<sup>13</sup> Sudikno Mertokusumo. 2004. *Mengenal Hukum*. Liberty, Yogyakarta. Hlm. 110

<sup>14</sup> Purwahid Patrik. 1990. *Perkembangan Tanggung Gugat Risiko dalam Perbuatan Melawan Hukum*. Semarang. Hlm. 9

angka 2 UU PK No. 29 Tahun 2004). Yang menurut Pasal 11 dan (2) UU TK No. 36 Tahun 2014, dokter adalah tenaga medis yang terdiri atas dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis.

5. Dokter tamu yang dimaksud adalah dokter tidak tetap dalam sebuah rumah sakit, yang juga disebut sebagai dokter *out*, yang berarti bukan pegawai rumah sakit tersebut. Dokter out tersebut, sering juga dinamakan sebagai *independent contractor* (tenaga bebas).
6. Pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan, baik secara langsung maupun tidak langsung di rumah sakit (Pasal 1 angka 4 UU RS No. 44 Tahun 2009). Dalam hal ini pasien bukan hanya konsultasi, akan tetapi menghendaki adanya pelayanan/tindakan medik.

## **F. Metode Penelitian**

### **1. Jenis dan Sifat Penelitian.**

Penelitian tentang Tanggung Jawab Hukum Perdata Rumah Sakit Terhadap Dokter Tamu termasuk jenis penelitian yuridis normatif. Penelitian yuridis normatif meliputi penelitian terhadap asas hukum, pengertian hukum dan ketentuan-ketentuan hukum. Sebagai penelitian normatif, penelitian ini menitikberatkan pada penelitian kepustakaan. Sifat penelitian ini adalah bersifat deskriptif analitis.

### **2. Pendekatan Masalah**

Sebagai karakter penelitian yang bersifat normatif maka pendekatan yang dilakukan adalah pendekatan secara perundang-undangan (*statute approach*), dan

pendekatan konseptual (*conseptual approach*). Pendekatan secara perundang-undangan (*statute approach*) dilakukan dengan menelaah semua peraturan perundang-undangan dan regulasi yang berhubungan dengan pembahasan. Selanjutnya pendekatan konseptual (*conseptual approach*) dilakukan dengan beranjak dari pandangan-pandangan dan doktrin-doktrin yang berkembang dalam hukum kesehatan.<sup>15</sup> Dalam penelitian ini pendekatan secara empiris dilakukan untuk melengkapi data yang telah diperoleh melalui pendekatan normatif. Pendekatan secara empiris dilakukan dengan mengadakan wawancara dengan staf fungsional medis, bidang pelayanan medis dan bagian hukum di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek (RSAM) Provinsi Lampung.

### **3. Data dan Sumber Data**

Sesuai penelitian jenis normatif, maka data utama dalam penelitian ini adalah data sekunder yang bersumber dari kepustakaan dan berbagai literatur yang relevan. Data sekunder dalam penelitian ini meliputi bahan hukum primer, sekunder dan tersier.

#### **a. Bahan Hukum Primer**

Bahan hukum primer terkait dengan penelitian ini terdiri atas :

- 1) Undang-Undang yang meliputi :
  - a) Kitab Undang-Undang Hukum Perdata (KUH Perdata)
  - b) UU RI No. 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran
  - c) UU RI No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
  - d) UU RI No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit

---

<sup>15</sup> Peter mahmud Marzuki. 2006. *Penelitian Hukum*. Kencana Prenada media Group, Jakarta. Hlm.93-95

- e) UU RI No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan
- 2) Berbagai peraturan menteri dan keputusan menteri kesehatan di bidang kesehatan yaitu :
  - a) Peraturan Menteri Kesehatan RI No.290 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran.
  - b) Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 147 Tahun 2010 tentang Institusi Pelayanan Kesehatan.
  - c) Peraturan Menteri Kesehatan RI, No. 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit.
  - d) Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 722/Menkes/SK/XII/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital ByLaws*).

**b. Bahan Hukum Sekunder**

Bahan hukum sekunder adalah bahan pustaka yang mendukung atau memperjelas bahan-bahan hukum primer yaitu berupa kepustakaan atau literatur-literatur, hasil penelitian, dan berbagai jurnal atau buletin yang berkaitan dengan obyek pembahasan.

**c. Bahan Hukum Tersier**

Bahan hukum tersier adalah bahan hukum yang memberikan petunjuk dan memperjelas data yang diperoleh dari unsur hukum primer dan bahan hukum sekunder, berupa kamus hukum, kamus kesehatan dan esiklopedi kesehatan.

#### **4. Prosedur Pengumpulan Data**

Pengumpulan data sekunder dilakukan melalui studi pustaka yaitu dengan melakukan dan mempelajari dokumen-dokumen atau pemeriksaan literatur-literatur yang berkaitan dengan obyek pembahasan. Pengumpulan bahan primer sebagai penunjang dilakukan melalui wawancara tidak struktur dengan para pengelola rumah sakit seperti yang telah disebutkan di atas. Selanjutnya langkah pengumpulan bahan hukum dilakukan dengan cara menginventarisasi bahan hukum yang berhubungan dengan permasalahan, serta mengklasifikasi bahan hukum dan melakukan sistematisasi.

#### **5. Analisis Data**

Analisis data dilakukan secara kualitatif yaitu dengan mendeskripsikan data dalam bentuk penjelasan atau narasi kalimat yang disusun secara berurutan. berdasarkan analisis data tersebut, dilanjutkan kegiatan menarik kesimpulan secara deduktif yaitu suatu cara berpikir yang mendasarkan pada fakta-fakta yuridis yang bersifat umum kemudian ditarik kesimpulan secara khusus (*induktif*) terhadap peristiwa konkrit yang merupakan jawaban dari tiga permasalahan penelitian.