BAB II

TINJAUAAN PUSTAKA

A. Hubungan antara Dokter dan Pasien

Pada prinsipnya dalam hubungan antara dokter dan pasien ada dua hal penting yang harus diperhatikan yaitu bagaimana dokter menempatkan otonomi pasien sebagai individu khususnya dalam pengambilan keputudan medis dan bagaimana dokter membangun keharmonisan tersebut melalui komunikasi yang efektif. Selama ini dokter menempatkan dirinya dalam keputusan medis sebagai *guardian* dan yang paling serba tahu, sehingga otonomi pasien kurang mendapat tempat. Pola hubungan dokter dan pasien seperti ini dapat diibaratkan sebagai hubungan antara ayah dan anak atau hubungan yang bersifat paternalistik.Sifat paternalistik ini menimbulkan ketidakseimbangan hubungan dan interaksi antara pasien dan dokter serta ditopang dengan penuh ketidakpastian. Kondisi inilah yang menimbulkan hubungan "asimetris" antara dokter dan pasien. Selain itu, dengan adanya sifat paternalistik antara dokter dan pasien, selanjutnya akan melahirkan prinsip *father know best* (ayah yang paling tahu).

Secara etimologi paternalistik berasal dari bahasa Latin *(pater)* yang artinya *father* atau ayah. Paternalistik, pada dasarnya didasari oleh prinsip etik

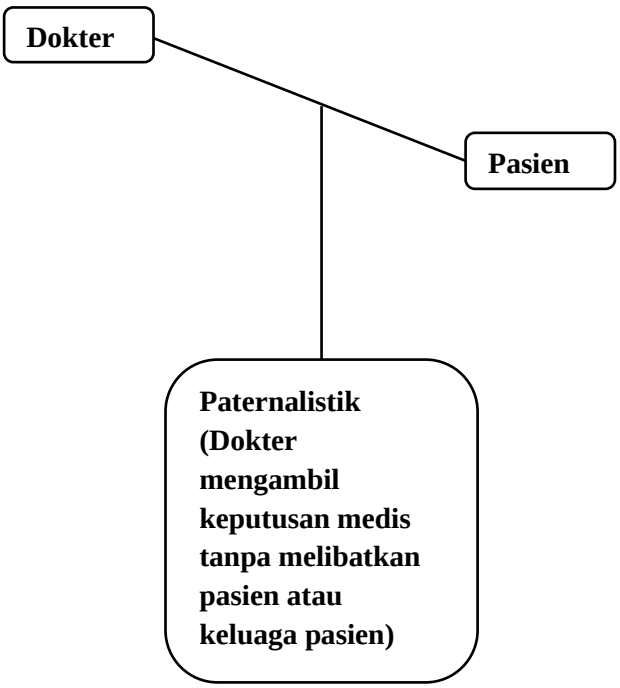
dalam dunia medis yaitu *beneficence* (berbuat baik pada pasien), yang dalam konteks etika kedokteran yang dimaksud berbuat baik adalah sebagai kewajiban.[8] Premis dasarnya adalah bahwa dokter merupakan orang yang baik hati yang mempunyai pengetahuan dan ketrampilan yang mumpuni dan mempunyai niat baik untuk menolong pasien.

Adanya hubungan yang bersifat "asimetris" antara dokter dan pasien, seperti disebutkan di atas, ada ketidakseimbangan yang melekat dalam hubungan tersebut, sehingga dapat merugikan salah satu pihak terutama pasien. Sampai saat ini, masih banyak dokter yang menganut prinsip paternalistik dalam membina hubungan dengan pasiennya, sehingga tetap mempertahankan sifat "asimetris".[9] Otonomi pasien di bawah bayang-bayang seorang dokter dan keputusan pasien diserahkan sepenuhnya ke tangan dokter. Pasien tidak bertindak sebagai kontrol atas apa yang dilakukan oleh dokter terhadap dirinya. Oleh karena itu, kondisi demikian ini akan memberikan peluang lebih besar bagi dokter untuk melakukan kesalahan medis. Dalam konteks ini pasien bersifat pasif dan tidak bersifat kritis serta pada umumnya tidak menuntut lebih banyak, hanya bersikap menerima, sehingga dokter akan cenderung memberikan pelayanan lebih "apa adanya". Dalam konteks ini pasien hanya menyerahkan diri sepenuhnya atau mungkin mempercayai dokternya secara membuta, terlebih bila pasien tidak bersifat kritis.Apa bila digambarkan model hubungan dokter dan pasien yang bersifat paternalistik, adalah sebagaimana dalam bagan di bawah ini.

---

[8]Bertens.2011. *Etika Bio Medis*. Kanisius, Yogyakarta. Hlm. 67
[9] Suharjo B. Cahyono. 2008. *Op Cit*. Hlm. 295

Bagan 1. Hubungan dokter dan pasien model paternalistik



Melalui bagan di atas dapat digambarkan bahwa hubungan timbul saat pasien menghubungi dokter karena ia merasa ada sesuatu yang dirasakannya membahayakan kesehatannya. Keadaan psiko-biologisnya memberikan peringatan bahwa ia merasa sakit, dan dalam hal ini dokterlah yang dianggapnya mampu menolongnya dan memberikan bantuan pertolongan. Jadi, kedudukan dokter dianggap lebih tinggi oleh pasien dan peranannya lebih penting daripada pasien.[10] Dalam praktik, dapat dilihat hal ini yang menyebabkan timbulnya hubungan asimetris antara pasien dengan dokter, hubungan yang terjadi terutama karena pasien sendiri yang mendatangi dokter untuk meminta pertolongan mengobati sakit yang dideritanya. Dalam keadaan seperti ini terjadi persetujuan kehendak antara kedua belah pihak, artinya para

[10]Endang Kusumah Astuti. 2003.*Hubungan Hukum Antara Dokter Dan Pasien Dalam Upaya Pelayanan Medis*. Citra Aditya Bakti, Bandung. Hlm. 33

pihak sudah sepenuhnya setuju untuk mengadakan hubungan hukum.[11] Sesuai dengan uaraian diatas hubungan hukum ini bersumber pada kepercayaan pasien terhadap dokter sehingga pasien bersedia memberikan persetujuan tindakan medis (*informed consent*), yaitu suatu persetujuan pasien untuk menerima upaya medis yang akan dilakukan terhadapnya yang terkait dengan hubungan tersebut karena pasien itu mencari pertolongan untuk penyembuhan penyakitnya, dalam hal ini kepada dokter atau rumah sakit. Hal ini membawa akibat bahwa hubungan pemberian pertolongan ini membuat pasien berada dalam suatu posisi yang lemah dan tergantung kepada dokternya, Seorang dokter mempunyai kedudukan yang lebih kuat, yaitu suatu profesi yang darinya banyak diharapkan dapat menghilangkan penyakit pasien.

Secara sosiologis hubungan interaksi antara dokter dan pasien merupakan hubungan yang sangat pribadi antar individu. Menurut Blumer [12]istilah interaksionisme simbolik menunjuk kepada sifat khas dari interaksi antara manusia. Kekhasannya adalah bahwa manusia saling menterjemahkan dan saling mendefinisikan tindakannya. Bukan hanya sekedar reaksi belaka dari tindakan seseorang terhadap orang lain. Tanggapan seseorang tidak dibuat secara langsung terhadap tindakan orang lain, tetapi didasarkan atas makna yang diberikan terhadap tindakan orang lain itu.Interaksi antar individu, ditandai oleh penggunaan simbol-simbol, interpretasi atau dengan saling berusaha untuk saling memahami maksud dari tindakan masing-masing.Hubungan interaksionisme simbolik berasumsi bahwa pengalaman

[11]Bahder Johan Nasution. 2005. *Hukum Kesehatan Pertanggungjawaban Dokter*. Rineka Cipta, Jakarta. hlm .28

[12]Yunanto. 2009. *Pertanggungjawaban Dokter Dalam Transaksi Terapeutik*, Universitas Diponegoro Semarang. Hlm. 34

manusia selalu dipengaruhi oleh penafsiran. Talcot Parson, menjelaskan faktor sosio kultural terhadap perawatan kesehatan. Hubungan dokter dan pasien sebagai subsistem dari sistem yang lebih besar. Nilai dalam subsistem merefleksikan nilai dari masyarakat yang selanjutnya memberikan kontribusi dalam hubungan dokter dan pasien. Hubungan dokter dan Pasien tidak terhindarkan dan bersifat asimetris, bahwa ada 3 situasi yang menyebabkan dokter memainkan peran kunci dan berperan secara *"powerful"* dan mengarahkan interaksi dengan pasien yaitu :

1. *Professional Prestige* ; Didasarkan pada pengalaman atau keahlian medik; Lama mendapatkan pelatihan Legitimasi sosial terhadap dokter sebagai pihak yang memiliki kewenangan dalam bidang medis.
2. *Situational Authority*; Dokter memiliki praktek medis dan menawarkan pelayanan kesehatan terhadap pasien dan segala anjuran dokter hendaknya dilakukan.
3. *Situational dependence*; Pasien sangat tergantung pada dokter Mendapatkan pelayanan Memperbolehkan dokter memeriksa dan sebagainya. Jadi melalui interaksi ada "*Competency Gap*" antara dokter dan pasien

Selanjutnya, hal lain yang menyebabkan timbulnya hubungan asimetris antara pasien dengan dokter adalah karena keadaan pasien yang sangat mendesak untuk segera mendapatkan pertolongan dari dokter, misalnya karena terjadi kecelakaan lalu lintas, terjadi bencana alam, maupun karena situasi lain yang menyebabkan keadaan pasien sudah gawat, sehingga sangat sulit bagi dokter yang menangani untuk mengetahui dengan pasti kehendak pasien. Dalam keadaan seperti ini dokter langsung melakukan apa yang disebut dengan

zaakwaarneming sebagai mana diatur dalam pasal 1354 KUHPerdata, yaitu suatu bentuk hubungan hukum yang timbul karena adanya "persetujuan tindakan medis" terlebih dahulu, melainkan karena keadaan yang memaksa atau keadaan darurat. Berdasarkan uraian diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa hubungan dokter dan pasien bersifat asimetris yang disebabkan oleh :

1. Rasa percaya yang tinggi pasien terhadap dokter karena legitimasi sosial sebagai pihak yang memiliki kewenangan memiliki pengalaman atau keahlian medik.
2. Pasien sendiri yang datang atas kehendaknya kepada dokter untuk memperoleh pertolongan.
3. Dokter atas ilmu pengetahuannya mengetahui tentang segala sesuatu yang berhubungan dengan penyakit dan penyembuhannya. Sedangkan pasien tidak tahu apa-apa tentang hal itu sehingga pasien menyerahkan nasibnya sepenuhnya ditangan dokter.
4. Keadaan pasien yang sangat mendesak atau darurat untuk segera mendapatkan pertolongan dari dokter

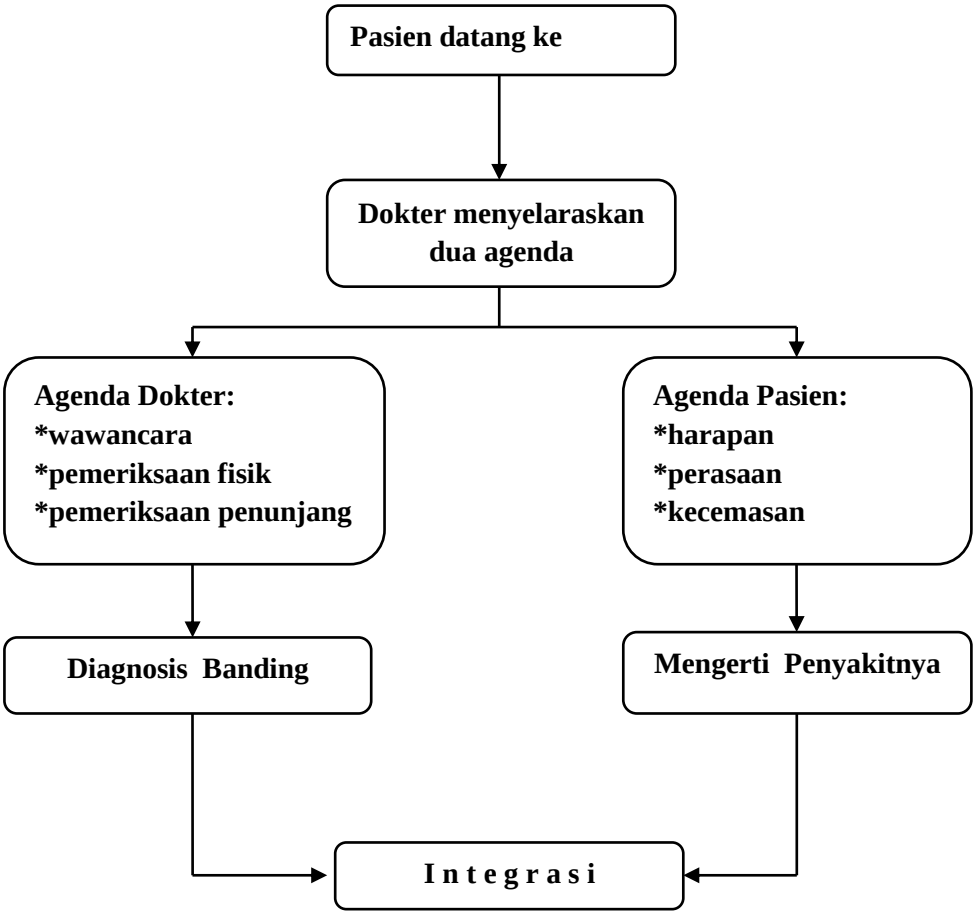
B. Perubahan Paradigma dalam Hubungan Dokter-Pasien

Sesuai dengan dinamika kehidupan sosial di masyarakat, pola hubungan paternalistik antara dokter dan pasien telah bergeser pada pola hubungan yang bersifat *partnership* atau *patient-centered care*. Pada prinsipnya pola hubungan *partnership* merupakan model perawatan kesehatan yang berorientasi pada pemenuhan keinginan dan kebutuhan pasien.[13] Pasien memiliki otonomi penuh

[13]Suharjo B. Cahyono. 2008.*Op Cit*. Hlm. 302

atas dirinya. Pasien dalam kontek ini sangat menentukan keputusan-keputusan medis yang diterimanya. Pada prinsipnya pasien bebas menerima atau menolak tindakan medis yang ditawarkan oleh dokternya. Dalam hal ini dokter mempunyai kewajiban untuk memberi informasi pada pasiennya selengkap-lengkapnya mengenai diagnosis, terapi, proses penyakit, pilihan terapi dan risiko-risikonya serta prognosis penyakit. Melalui pola *partnership* antara dokter dan pasien dalam pelayanan medis, akan melahirkan sinergi hubungan dokter pasien. Sinergi antara dokter dan pasien dalam tindakan medis seperti digambarkan melalui bagan di bawah ini.

Bagan 2. Sinergi dokter dan pasien dalam pelayan medis.



Pada bagan tersebut, agenda utama dokter adalah memahami penyakit. Dari segi kepentingan dokter, tugas utama dokter adalah menemukan diagnosis penyakit dan memberikan pengobatan yang tepat sesuai diagnosis tersebut. Dalam prosesnya dokter akan melakukan anamnesis serta pemeriksaan fisik dan penunjang. Agenda dokter tidak cukup berhenti pada tahap memahami penyakit pasien, akan tetapi agenda selanjutnya adalah memahami diri pasien. Dalam kesempatan ini dokter perlu berupaya keras agar keyakinan pasiennya tumbuh.

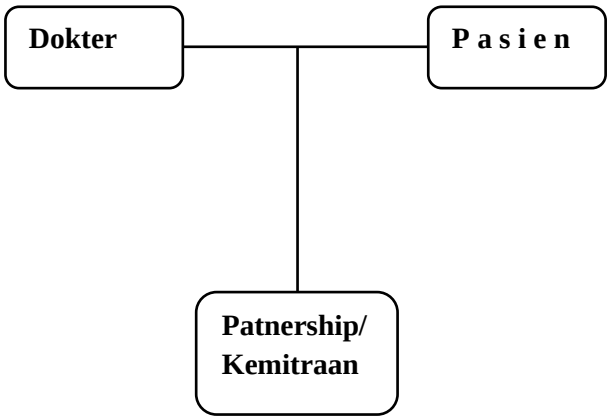
Selanjutnya, pasien adalah seseorang yang mengalami penderitaan fisik, mental dan spiritual. Oleh karena itu yang menjadi kebutuhan pasien adalah hilangnya rasa cemas, adanya harapan akan kesembuhan dan diagnosis serta pengobatan dari dokter yang merawatnya. Dengan demikian, kebutuhan pasien bukan hanya sekedar memperoleh pengobatan, melainkan juga memperoleh kesembuhan. Dalam kaitan ini, seorang dokter tidaklah cukup berperan sebagai *curer of the disease* akan tetapi diharapkan juga menjadi *healer of the sick.*[14] Pada umumnya saat ini, praktik kedokteran masih beroriantasi pada prose *cure* atau mengobati dan berhenti pada penyembuhan fisik semata. Padahal sebenarnya dokter berperan sebagai penyembuh *(healer)* yang melihat individu sebagai manusia yang utuh atau holistik.

Apa yang digambarkan dalam bagan 2 tersebut, merupakan pola hubungan dokter dan pasien yang bersifat *mutual participation relationship*. Dalam hubungan ini dokter dan pasien saling menggantungkan berdasarkan proses identifikasi pengenalan yang sangat kompleks, sehingga sangat

[14] Suharjo B. Cahyono. 2013. *Menjadi Pasien Cerdas*. Gramedia Pustaka Utama, Jakarta. Hlm. 120

diperlukan keterbukaan antara keduabelah pihak. Kedua belah pihak mempunyai kekuasaan yang hamper sama, karena saling membutuhkan. Dalam kaitan ini, keputusan yang diambil mengenai perawatan atau pengobatan harus bersifat *reciprocal* (member dan menerima) dan *collegial* (artinya menyangkut suatu pendekatan kelompok atau tim yang setiap anggotanya mempunyai masukan yang sama.[15] Apa bila digambarkan hubungan Kemitraan antara dokter dan pasien dalam pelayanan medis, maka akan diperoleh sebagaimana pada bagan di bawah ini.

Bagan 3.Hubungan dokter dan pasien model kemitraan.



Berbeda dengan bagan 1 di atas, pasien masih pada tingkat otonomi paling rendah karena masih bersifat paternalistik, dokter mengambil keputusan medis tanpa melibatkan pasien.Kondisi ideal tercapai bila neraca pada keadaan seimbang seperti dalam bagan 3 di atas, yakni dokter dan pasien mengambil keputusan bersama setelah pasien mendapatkan informasi yang memadai. Model *partnership* menempatkan dokter sebagai ahli yang kompeten, yang berkewajiban member penjelasan secara tuntas atas pilihan-pilihan yang akan

[15] Veronica Komalawati. 2000. *Peranan Informed Consent dalam Transaksi Terapeutik*. Citra Aditya Bakti, Bandung. Hlm. 47

dilakukan. Pasien memiliki otonomi yang besar. Dengan kata lain, pasien yang menentukan keputusan atas dirinya setelah mendapat informasi yang cukup dari dokternya. Secara konkret dokter adalah *partner* pasien dalam hal mencarikesembuhan penyakitnya dan kedudukan keduanya sama secara hukum.Pasien dan dokter sama-sama mempunyai hak dan kewajiban tertentu.

Dari berbagai pola hubungan dokter dan pasien di atas, model hubungan mana yang masih kuat berlaku dalam praktik pelayanan medis, terutama di rumah sakit, masih sangat tergantung pada situasi dan kondisi serta budaya masyarakat masing-masing. Pilihan model paternalistik cocok diterapkan pada kondisi kedaruratan medis dan saat berhubungan dengan pasien yang mempunyai pengetahuan yang kurang atau ketika budaya setempat masih menempatkan dokter sebagai *guardian*. Model paternalistik sudah tidak cocok lagi diterapkan pada kelompok pasien yang berpendidikan dan sudah sadar hukum.

Dalam praktik pelayanan medis, terutama di rumah sakit nampak bahwa hubungan dokter dan pasien masih tidak seimbang, karena dokter di rumah sakit secara ilmu medis mempunyai kedudukan yang lebih unggul dan mempunyai pengetahuan di bidang kedoketeran. Sementara itu, pasien berada dalam keadaan sakit, bingung, khawatir, cemas dan pada umumnya tidak mengetahui atau menguasai tentang ilmu kedokteran. Oleh karena itu, dalam konteks ini harus diusahakan adanya keseimbangan. Dokter harus memberi penjelasan (informasi) tentang tindakan medis yang akan dilakukan dan apa sebabnya. Menurut Jay Katz, dalam teorinya *Idea of Informed Consent*, mengemukakan bahwa keputusan tentang pemberian pengobatan atau

perawatan kepada seorang pasien harus terjadi secara kolaboratif dan berdiskusi antara dokter dan pasiennya.[16] Teori Katz tersebut pada prinsipnya sekaligus mengkritik terhadap pendapat Hippocrates yang pernah menganjurkan bahwa:"untuk mengalihkan perhatian pasien terhadap apa yang sedang dilakukan terhadapnya....dan jangan mengungkapkan apa-apa tentang keadaan pasien baik sekarang atau kemudian hari." Pendapat Hippocrates tersebutuntuk saat ini sudah tidak dapat dipertahankan lagi dalam pelayanan kesehatan yang bersifat kontraktual. Apa yang dikemukakan Katz, mengisyaratkan dokter harus bersedia untuk memulai mengadakan diskusi dengan pasien tentang pilihan-pilihan tindakan yang akan dilakukan. Selain itu, dokter harus memberikan informasi yang berkaitan dengan tindakannya.

Selain itu, dalam praktik pelayanan medis di rumah sakit, pada umumnya hak otonomi pasien masih belum dijalankan secara konsekwen.Hal demikian terjadi karena di dalam diri pasien itu sendiri masih terkandung berbagai tekanan *(pressure).* Misalnya ada tekanan atau pengaruh kuat dari seorang dokter terhadap pasien yang tidak tahu apa-apa akan penyakitnya, sehinga di sini dokter dapat mempengaruhi jalan pikiran pasien dan keluarganya. Dalam konteks ini sering terdapat "penyalahgunaan keadaan" dari dokter maupun rumah sakit. Selanjutnya tekanan lain yang terdapat pada diri pasien adalah bahwa pasien dalam keadaan sakit, yang tidak dapat menentukan secara bebas terhadap pilihannya.

Padahal kecenderungan secara global menunjukkan bahwa hubungan dokter dengan pasien haruslah berupa mitra, keduanya bekerja bersama untuk

[16]Guwandi. 2006. *Informed Consent and Informed Refusal*. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta. Hlm. 70

mencarijalan terbaik bagi kesembuhan pasien. Bila dari permulaan hubungan dokter dan pasien sudah lebih baik dan saling terbuka, maka kemungkinan masalah yang akan timbul dapat diatasi bersama, karena dokter yang sudah mengetahui semua sriwayat penyakit pasien serta keluhannya akan dapat membuatdiagnosis yang lebih tepat. Di lain pihak pasien yang juga sudah mendapatketerangan lengkap tentang penyakitnya, cara pengobatan danperawatannya, kemungkinan efek samping yang mungkin timbul, sertakemungkinan lain akibat tindakan medis tertentu, mestinya sudah lebih siapmenghadapi segala kemungkinan (yang terburuk sekalipun) dan tidak akanbegitu saja menyalahkan dokter, tanpa memahami seluruh rangkaian prosesyang harus dilalui dalam suatu pengobatan ataupun perawatan medis.

C. Komunikasi antara Dokter-Pasien

Kata komunikasi berasal dari dua akar kata yaitu *com* (Latin: *cum*) yang berarti “dengan” atau “bersama dengan” dan *unio* (Latin: *union*), yang berarti “bersatu dengan”. Jadi komunikasi dapat diartikan sebagai *union with* (bersatu dengan atau bersama dengan). Dalam bahasa Latin komunikasi juga berasal dari kata *communicare,* artinya menjadikan sesuatu milik bersama. Adapun yang dimaksud dengan sesuatu adalah isi atau tujuan suatu pesan, sehingga terjadi saling pengertian antara para pihak dalam suatu kegiatan, oleh karena itu komunikasi intinya adalah suatu proses pertukaran ide, perasaan, dan pikiran antara dua orang atau lebih yang bertujuan untuk terjadinya perubahan sikap dan tingkah laku. Pada hakikatnya hubungan antar manusia tidak dapat terjadi tanpa komunikasi, termasuk juga hubungan antara dokter dan pasien.

Laswell memberi definisi komunikasi sebagai proses yang menggambarkan siapa mengatakan apa, dengan cara bagaimana kepada siapa dengan efek apa. Dengan kata lain komunikasi dapat diartikan sebagai rangkaian proses pengalihan informasi dari satu orang kepada orang lain dengan maksud dan tujuan tertentu.[17]

Dengan demikian hubungan antara dokter pasien tidak dapat terjadi tanpa komunikasi. Hubungan antara dokter dan pasien merupakan hubungan interpersonal, maka komunikasinya lebih dikenal dengan istilah wawancara pengobatan. Oleh karena itu "esensi" dari hubungan antara dokter dan pasien terletak dalam wawancara pengobatan. Sehubungan dalam praktik bahwa kedudukan dokter dan pasien pada umumnya tidak seimbang maka, komunikasi cenderung berlaku satu arah *(one way traffic)* terutama datangnya dari dokter. Kondisi demikian dapat terjadi seperti yang telah dikemukakan di atas, bahwa pasien pada umumnya mempunyai tingkat pengetahuan di bidang kedokteran yang sangat minim. Oleh karena itu, dalam hal ini dapat terjadi bahwa keridaktahuan seseorang merupakan basis kekuatan orang lain. Jurang kompetensi *(competence gap)* merupakan salah satu sumber stratifikasi dalam bidang pelayanan medis.Namun demikian, juraang kompetensi tersebut pada prinsipnya dapat dijembatani dengan kepercayaan dari pihak pasien dan keluarganya terhadap dokter yang mengobati. Melalui kepercayaan tersebut, dokter dan pasien diharapkan dapat bekerja sama atas dasar saling mempercayai dalam rangka mencapai tujuan pengobatan.

[17]Suharjo B. Cahyono. 2008.*Op Cit*. Hlm. 280

Selanjutnya dalam menumbuhkan hubungan interpersonal antara dokter dan pasien bukan ditentukan oleh lamanya atau beberapa kali komunikasi dilakukan, akan tetapi bagaimana kualitas atau isi dari kumunikasi tersebut. Tujuan komunikasi antara dokter dan pasien harus di dasarkan pada kebenaran informasi. Kebenaran informasi tersebut harus didasarkan atas kejujuran dan ketulusan dokter yang menolong pasien. Dalam kaitan ini mengandung arti bahwa tenaga kesehatan harus melayani pasien secara patut, sopan, jujur, tanpa tipu muslihat, tidak menggangu pasien dan tidak melihat kepentingan diri sendiri saja melainkan lebih mementingkan kesehatan pasien.

Asas kejujuran *vecarity)* merupakan asas vital dalam pelayanan kesehatan. Kejujuran harus dimiliki oleh tenaga kesehatan saat berhubungan dengan pasien. Kejujuran merupakan dasar terbinannya hubungan saling percaya antara dokter dan pasien. Kadang kala dokter tidak menginformasikan keadaan kesehatan pasien yang sebenarnya, hal ini dimungkinkan pasien akan mengalami depresi bila informasi tersebut disampaikan. Cara yang terbaik adalah dengan menginformasikannya kepada keluarga terdekat atau pendamping pasien.Asas kejujuran dalam pelayanan kesehatan di berbagai negara sudah banyak mengalami kemerosotan.Hal ini dibuktikan dengan adanya perkembangan *defensive medicine* terutama yang dilakukan oleh tenaga medis[18].

Pasien dalam kesempatan ini juga harus bersikap jujur dalam mengungkapkan berbagai hal yang ingin diketahui oleh dokter, termasuk hal

[18] Myrtle Flight, *Law, Liability and Ethics for Medical Office Professionals*, Thomson Delmar Learning, Singapore. Hlm. 101 (dalam bukunya Flight menjelaskan bahwa: "*Doctors, afraid that they might be accused of unscrupulous practice ordered every known test in such of a definitive diagnosis when presented with specific symptoms…..The practice of defensive medicine led to increased specialization….")*

yang bersifat pribadi, dan dokter akan bersikap jujur dalam upaya yang akan dilakukannya untuk menolong pasien. Selain itu, dokter juga harus dapat dipercaya bahwa ia tidak akan menyimpan semua rahasia pasien serta tidak akan mengungkapkan rahasia itu kepada siapapun juga tanpa persetujuan pasien kecuali atas perintah undang-undang. Saling percaya dan saling dapat dipercaya ini angat penting (krusial) dalam menjaga hubungan yang akan memungkinkan dokter mencari penyelesaian bagi keluhan pasiennya. Dalam hubungan dokter-pasien yang tidak seimbang tersebut, maka pola komunikasi antara keduanya dapat bersifat aktif-pasif. Dalam pola komunikasi akti-pasif ini dokter bersifat aktif dan pasien bersifat pasif dan hanya menjawab ketika ditanya atau berbuat setelah diperintahkan oleh dokter. Termasuk dalam makan atau menggunakan obatyang diberikan dokter. Di sini ada kecenderungan bahwa dokter akan bersikap otoriter dan tidak memberi kesempatan pasien untuk mengemukakan pendapatnya. Di masa sekarang, dengan perkembangan ilmu kedokteran dan kesadaran masyarakat akan hak-haknya, hubungan semacam ini sudah tidak sesuai lagi. Ilmu kedokteran sekarang menyadari bahwa kesembuhan suatu penyakit memerlukan pengetahuan dan kesertaan pasien dan keluarganya.

Untuk mewujudkan keseimbangan dalam membina hubungan dokter dan pasien maka diperlukan komunikasi yang setara dari kedua belah pihak. Artinya baik dokter maupun pasien memiliki hak yang sama untuk mengutarakan maksud dan harapannya. Hubungan dokter dan pasien bukanlah “hubungan atasan dan bawahan”. Tidak ada yang *superior* dan *inferior* di antaranya. Oleh karena itu dokter tidak boleh memperlakukan pasien sebagai

objek dari pekerjaannya. Kesetaraan hubungan ini sangat berpengaruh dalam proses pertukaran informasi antara dokter dan pasien. Dokter diharapkan memberikan peluang kepada pasien untuk mengutarakan dan menerima informasi dengan jelas dan bebas sehingga terbinalah komunikasi yang efektif dan efisien. Selain mengubah paradigma para dokter, perlu dilakukan juga penyuluhan atau edukasi pada masyarakat agar menjadi pasien yang cerdas. Hal ini diharapkan nantinya dapat mengangkat posisi pasien setara dengan dokter.

Selanjutnya, menurut Konsil kedokteran Indonesia (KKI) ada beberapa tipe dokter yang berkaitan dengan pemberian pelayanan medis, khususnya yang berpengaruh terhadap komunikasinya dengan pasien, antara lain:[19]

1. Dokter yang enggan menjawab meskipun pasien bertanya. Tipe ini dapat dikatakan tidak kooperatif. Mungkin pasien akan sulit menaruh kepercayaan kepada dokter. Kalau memang menghendaki berkomunikasi dengan dokter, dalam nuansa hubungan kemitraan, sedapat mungkin hindari dokter tipe demikian dan perlu alternatif dokter lain yang lebih komunikatif.
2. Dokter yang bersedia menjawab apabila ditanya dan hanya menjawab sebatas pertanyaan pasien. Tipe ini pada umumnya ditemui dalam hubungan dengan pasien yang dianggap dokter memang bisa diajak membahas bersama, antara lain pasien yang berpendidikan cukup. Dokter tipe ini mungkin tidak banyak membuka peluang kepada pasien untuk bertanya kalau ia menganggap pendidikan pasien yang rendah akan kurang

[19]Konsil Kedokteran Indonesia (KKI). 2006. *Kemitraan Hubungan Dokter-Pasien.*Konsil Kedokteran Indonesia *(Indonesian Medical Counsil),* Jakarta. Hlm. 15

optimal dalam bertanya atau menerima penjelasan yang akan berpengaruh pada upaya penyembuhan.

3. Dokter yang bersedia menjawab pertanyaan pasien, mau bertanya serta menambahkan informasi-informasi lain yang sesuai dengan tujuan kesehatan pasien.Tipe ini adalah gambaran sikap dokter yang diharapkan dalampengembangan nuansa kemitraan dalam hubungan dokter dan pasien. Dapat dikatakan bahwa inilah tipe ideal bagi pasien dari semua karakter, yaitudari yang pendidikannya terbatas maupun yang berpendidikan tinggi.Dokter tipe ini biasanya lebih sabar untuk mendengarkan dan pandai menggali informasi dari pasien serta memberitahukan kembali apa-apa yang penting diketahui pasien. Selain itu, dokter tipe ini juga pandai berempatisehingga pasien menaruh kepercayaan penuh kepada dokter dalam upaya penyembuhan penyakitnya.

Proses komunikasi dalam pelayanan medis memegang peranan sentral. Bentuk komunikasi antara dokter dengan pasien menurut Mukhripah Damaiyanti terdiri dari komunikasi verbal dan non verbal. Komunikasi verbal mempunyai karakteristik jelas dan ringkas, perbendaharaan kata mudah dimengerti, mempunyai arti denotatif dan konotatif, intonasi mampu mempengaruhi isi pesan, kecepatan bicara yang memiliki tempo dan jeda yang tepat. Komunikasi nonverbal mempunyai dampak yang lebih besar dari pada komunikasi verbal[20]. Suryani, menyebutkan bahwa sekitar 7% pemahaman dapat ditimbulkan olah kata-kata, sekitar 30% karena bahasa paralingustik dan

[20]Mukhripah Damaiyanti, 2010, *Komunikasi Terapeutik dalam Praktik Keperawatan*.Refika Aditama, Bandung. Hlm. 5-7

55% karena bahasa tubuh[21]. Komunikasi verbal dapat disampaikan melalui beberapa cara, yaitu penampilan fisik, sikap tubuh dan cara berjalan, ekspresi wajah dan sentuhan.Selanjutnya, komunikasi dokter dan pasien sangat dipengaruhi oleh persepsi, latar belakang sosial budaya, emosi, jenis kelamin, tingkat pengetahuan dan lingkungan.

Komunikasi dalam praktik pelayanan medis pada dasarnya lebih kepada komunikasi terapeutik.Terapeutik merupakan kata sifat yang dihubungkan dengan seni dari penyembuhan. Terapeutik dalam konteks ini dapat diartikan segala sesuatu yang memfasilitasi penyembuhan, sehingga komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan dan dilakukan untuk membantu penyembuhan atau pemulihan pasien. Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi profesional seorang tenaga kesehatan (dokter)[22]. Selanjutnya menurut Heri Purwanto tujuan komunikasi terapeutik adalah sebagai berikut[23]:

1. Membantu pasien untuk memperjelas dan mengurangi beban parasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada bila pasien percaya pada hal yang diperlukan;
2. Mengurangi keraguan, membantu dalam hal mengambil tindakan yang efektif;
3. Mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan dirinya sendiri.

Penyampaian informasi merupakan merupakan suatu hak dan kewajiban. Pasien berhak memperoleh informasi dan dokter berkewajiban untuk

[21]Suryani, 2006,*Komunikasi Terapeutik:Teori dan Praktik.*, Buku Kedokteran EGC, Jakarta. Hlm.15
[22]Mukhripah Damaiyanti, *Op. cit.* Hlm. 11
[23] Heri Purwanto, 1994, *Komunikasi Untuk Perawat*, Buku Kedokteran EGC, Jakarta. Hlm. 21

memberinya. Dalam hal ini perlu ditekankan bahwa dokter sendiri yang mengobati mempunyai kewajiban itu, khususnya terhadap tindakan medik yang bersifat invasif, misalnya operasi tau pembedahan. Dalam praktik pelayanan medis, dikenal tiga standar untuk menentukan informasi apa yang harus disampaikan oleh dokter kepada pasiennya. Tiga standar tersebut meliputi:

1. Standar pertama mengikuti dalam profesi medis *(the professional practice standard).* Dalam konteks ini, dokter memberi informasi kepada pasien yang dapat diberikan dalam profesi kedokteran. Oleh karena itu, di sini jika terjadi sengketa medis sampai di pengadilan dan jika pengadilan harus menentukan apakah seorang dokter salah atau tidak dalam member informasi kepada pasien, maka hakim akan berpegang pada kesaksian pada seorang dokter yang berpengalaman.
2. Standar kedua didasarkan atas apa yang rata-rata ingin diketahui oleh pasien yang berakal sehat *(the reasonable person standard)*. Di sini diberi kesempatan yang besar kepada otonomi pasien. Informasi apa yang harus disampaikan ditentukan oleh apa yang dinilai penting oleh pasien.
3. Standar ketiga adalah standar subjektif *(the subjective standard)* yang memperhatikan kebutuhan khusus dari orang tertentu. Kebutuhan akan informasi bisa berbeda, karena penyakit atau siatusi khusus si pasien.

Selanjutnya, secara konkret ada lima hal yang yang harus diinformasikan oleh dokter dalam pelananan medis kepada pasiennya. Lima hal tersebut adalah:

1. Keadaan medis pasien, artinya hasil diagnosis termasuk juga prognosis.

2. Prosedur atau pengobatan yang dipertimbangkan.
3. Cara pengobatan yang dilakukan beserta alternatifnya.
4. Risiko (seperti efek samping) dan manfaat yang menyangkut pengobatan atau prosedur tertentu maupun alternatifnya.
5. Pandangan professional tentang pengobatan/alternatif lain.

Kelima hal tersebut secara khusus telah dituangkan dalam ketentuan Pasal 7 ayat (3) Permenkes RI No.290/MENKES/PER/III/2008 Tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran, bahwa penjelasan tentang tindakan kedokteran sekurang-kurangnya mencakup:

1. Diagnosis dan tata cara tindakan kedokteran.
2. Tujuan tindakan kedokteran yang dilakukan.
3. Alternatif tindakan lain dan risikonya.
4. Risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi.
5. Prognosis terhadap tindakan yang dilakukan.
6. Perkiraan biaya.

Penjelasan yang terdapat dalam Pasal 7 tersebut harus diberikan secara lengkap dalam bahasa yang mudah dimengerti atau cara lain yang bertujuan untuk mempermudah pemahaman. Selain itu, pasien juga harus diberi kesempatan untuk bertanya, sebab hal ini merupakan cara untuk menghargai otonami pasien sebagai subjek hukum yang mandiri.

D. Ajaran Penyalahgunaan Kedaan dalam Sebuah Perjanjian

Secara otentik rumusan perjanjian telah dituangkan dalam ketentuan Pasal 1313 KUH Perdata yang berbunyi: "perjanjian adalah suatu perbuatan hukum dengan mana satu pihak atau lebih mengikatkan dirinya terhadap satu orang atau lebih". Berdasarkan ketentuan Pasal 1313 KUH Perdata tersebut, menunjukkan bahwa perjanjian merupakan perbuatan hukum *(rechtsbetredaad)*. Melalui perkembangan doktrin ilmu hukum, pada prinsipnya perjanian merupakan hubungan hukum *(rechsverhouding)* antara dua pihak atau lebih berdasarkan kata sepakat untuk menimbulkan akibat hukum. Dua pihak itu sepakat untuk menentukan peraturan atau kaedah atau hak dan kewajiban yang mengikat mereka untuk ditaati dan dijalankan. Kesepakatan itu adalah untuk menimbulkan akibat hukum, menimbulkan hak dan kewajiban dan kalau kesepakatan itu dilanggar maka ada akibat hukumnya, berupa akibat hukum atau sanksi. Oleh karena itu menurut definisi konvensional yang terdapat dalam KUH Perdata, perjanjian bukan hubungan hukum melainkan perbuatan hukum.[24]

Selanjutnya, dalam hukum perjanjian dikenal lima asas penting, yaitu:

1. Asas kebebasan berkontrak. Asas ini dapat dianalisis dari ketentuan Pasal 1338 ayat (1) KUH Perdata, yang berbunyi: "semua perjanjian yang dibut secara sah berlaku sebagai undang-undang bagi mereka yang membuatnya". Asas kebebasan berkontrak merupakan suatu asas yang memberikan kebebasan kepada semua pihak untuk; membuat atau tidak membuat perjanjian, mengadakan perjanjian dengan siapapun, membuat isi perjanjian

[24]Sudikno Mertokusumo. 2004. *Mengenal Hukum*. Liberty, Yogyakarta. Hlm 97

(pelaksanaan dan persyaratannya) serta menentukan bentuk perjanjian yaitu tertulis atau lisan.

2. Asas konsesualisme. Asas ini dapat disimpulkan dalam Pasal 1320 ayat (1) KUH Perdata. Dalam pasal ini ditentukan bahwa salah satu syarat sahnya perjanjian, yaitu adanya kesepakatan kedua belah pihak. Asas konsensualisme merupakan asas yang menyatakan bahwa perjanjian pada umumnya tidak diadakan secara formal, tetapi cukup dengan adanya kesepakatan kedua belah pihak.
3. Asas *pacta sunt servanda*. Asas ini sering juga disebut asas kepastian hukum. Asas ini berhubungan dengan akibat perjanjian. Asas *pacta sunt servanda* dapat disimpulkan dalam Pasal 1338 ayat (1) KUH Perdata, yang berbunyi: "perjanjian yang dibuat secara sah berlaku sebagai undang-undang".
4. Asas itikad baik *(geode trouw)*. Asas itikad baik dapat dijumpai dalam ketentuan Pasal 1338 ayat (3) KUH Perdata, yang berbunyi: bahwa perjanjian harus dilaksanakan dengan itikad baik. Asas ini mengisyarakatkan bahwa para pihak yang terikat dalam sebuah perjanjian harus melaksanakan isi perjanjian berdasarkan kepercayaan atau keyakinan yang baik dari para pihak.
5. Asas kepribadian (personalitas). Asas kepribadian merupakan asas yang menentukan bahwa seseorang yang akan melakukan dan atau membuat perjanjian hanya untuk kepntingan perseorangan saja. Hal ini dapat dilihat dalam Pasal 1315 dan Pasal 1340 KUH Perdata. Pasal 1315 KUH perdata berbunyi: "pada umumnya seseorang tidak dapat mengadakan perjanjian

atau perikatan selain untuk dirinya sendiri". Selanjutnya Pasal 1340 KUH Perdata berbunyi: "perjanjian hanya berlaku antara pihak yang membuatnya". Ini berarti bahwa perjanjian yang dibuat oleh para pihak hanya berlaku bagi mereka yang membuatnya. Namun demikian ketentuan ini terdapat pengecualiannya, sebagaimana yang ditentukan dalam Pasal 1317 KUH Perdata, yang berbunyi: "dapat pula perjanjian diadakan untuk kepentingan pihak ketiga, bila suatu perjanjian yang dibuat untuk diri sendiri atau suatu pemberian kepada orang lain, mengandung suatu syarat semacam ini". [25]

Selanjutnya, untuk menguji keabsahan suatu perjanjian yang dibuat oleh para pihak harus memenuhi empat syarat sebagaimana yang telah ditentukan dalam Pasal 1320 KUH Perdata, yaitu: pertama, sepakat mereka yang mengikatkan diri Pasal 1321-1328 KUH Perdata). Kedua, kecakapan untuk membuat perjanjian Pasal 1329-1331 KUH Perdata). Ketiga, suatu hal tertentu (Pasal 1332-1334 KUHPerdata). Keempat, suatu sebab yang halal atau diperbolehkan (Pasal 1335-1337). Syarat pertama dan kedua menyangkut subjeknya, sedangkan untuk syarat ketiga dan keempat mengenai objeknya.

Kesepakatan yang merupakan syarat pertama dalam sebuah perjanjian, harus ada persesuaian kehendak atau persesuaian pernyataan kehendak. Namun demikian dalam persesuaian kehendak kadang-kadang terjadi "cacat kehendak" karena salah satu pihak tidak dapat mengemukakan kehendaknya secara murni. Kondisi demikian dikarenakan antara lain karena ada kekhilafan/kesesatan *(dwaling)*, paksaan *(dwang)* dan penipuan *(bedrog)* (Pasal1321 KUH Perdata).

[25]Salim HS.2003. *Hukum Kontrak teori dan Praktik Penyusunan Kontrak*. Sinar Grafika, Jakarta. Hlm. 9-12

Tiga alasan tersebut pada prinsipnya merupakan alasan untuk pembatalan sebuah perjanjian. Secara teoritik, tiga alasan tersebut juga sering disebut sebagai cacat kehendak secara klasik, karena selalu berhubungan dengan cacat dengan pembentukan kehendak yang didasarkan pada pernyataan kehendak. Dalam perkembangannya, terutama di Belanda telah memasukkan satu alasan atau unsur baru cacat kehendak yaitu adanya penyalahgunaan keadaan atau yang sering disebut dengan *Misbruik van Omstandigheden* sebagai alasan pembatalan perjanjian.[26]

KUH Perdata Indonesia sampai saat ini tidak mengatur mengenai penyalahgunaan keadaan. Penyalahgunaan keadaan sebagai salah satu syarat cacat kehendak berkembang, oleh karena perkembangan beberapa peristiwa hukum dalam hukum perjanjian. Istilah penyalahgunaan keadaan dalam hukum Indonesia merupakan padanan dari istilah *van omstandigheden*[27] dan *undue influence*. Dalam sistem *common law*, selain *undue influence* dikenal pula *unconscionability*, yang kedua-nya berbeda, meskipun memiliki kesamaan yakni keduanya didasarkan pada adanya ketidakseimbangan posisi tawar para pihak. Bila perjanjian terbentuk atas dasar ketidakpatutan atau ketidakadilan yang terjadi pada suatu hubungan para pihak yang tidak seimbang, maka hal itu dinamakan *undue influence* (hubungan yang berat sebelah), namun bila ketidakadilan terjadi pada suatu keadaan, maka hal ini dinamakan *unconscionability* (keadaan yang tidak adil). Bahwa doktrin *undue influence*

---

[26] Agus Yudha Hernoko. 2010. *Hukum Perjanjian, Asas proporsionalitas dalam Kontrak Komersial.* Kencana Prenada Media Group, Jakarta. Hlm. 172

[27] Dalam Kamus Hukum Belanda, *misbruik van omstandigheden* adalah penyalahgunaan keadaan, yaitu keadaan darurat orang lain, ketergantungannya (ketidakbebasannya), kesemberonoannya, keadaanakalnya yang tidak sehat, atau ketidakadaan pengalamannya, untuk menggerakkannya mengerjakanperbuatan hukum yang merugikan dirinya. N.E. Algra et.al. 1983, Kamus Istilah Hukum FockemaAndreae Belanda- Indonesia, Bandung: Binacipta, hal. 301.

dipandang dari akibat ketidakseimbangan itu terhadap pemberian kesepakatan dari pihak yang dipengaruhi, sedang *unconscio-nability* dipandang dari kelakuan pihak yang kuat dalam usahanya memaksakanatau memanfaatkan transaksinya terhadap orang yang lemah, apakah sesuai dengan kepatutan. [28]

Dalam kasus *undue influence* harus ada suatu bentuk eksploitasi oleh salah satu pihak atas pihak yang lebih lemah. Penyalahgunaan kedaan terjadi apabila orang mengetahui atau seharusnya mengerti bahwa pihak lain karena suatu keadaan khusus seperti keadaan darurat, ketergantungan, tidak dapat berpikir panjang, kedaan psikologis atau tidak berpengalaman tergerak untuk melakukan suatu perbuatan hukum meskipun ia tahu atau seharusnya mengerti sebenarnya ia harus mencegahnya.

Secara garis besar penyalahgunaan kedaan dibagi dalam dua kelompokyaitu:

1. Penyalahgunaan kedaan karena keunggulan ekonomi (*economische overwicht*) dari satu pihak terhadap pihak lain;
2. Penyalahgunaan kedaan karena keunggulan psikologis (*geestelijke overwicht*) dari satu pihak terhadap pihak lain.
3. Penyalahgunaan kedaan karena keadaan darurat (*noodtoestand*), namun pendapat ini biasanya dimasukkkan dalam kelompok penyalahgunaan karena adanya keunggulan ekonomi. [29]

---

[28] Dalam Black's Law Dictionary, tentang *undue influence* disebut antara lain, *persuasion, pressureor influence short of actual force, but stronger than mere advice, that so overpowers the dominateparty's free will or judgement that he or she cannot act intelligently and voluntarily, but acts, instead, subject to the will or purposes of the dominating party.* Henry Campbell Black, 2004, Black's LawDictionary, St. Paul Minn: West Publishing Co., hal. 1062.

[29] Van Dunne .*Op. Cit*. Hlm. 16.

Pada penyalahgunaan keadaan masalahnya adalah mengenai keunggulan pihak yang satu terhadap pihak lainnya. Keunggulan itu tidak saja bersifat ekonomis, tetapi juga keunggulan kejiwaan atau keduanya. Apabila dilakukan penyalahgunaan keunggulan, terjadilah penyalahgunaan keadaan. Penyalahgunaan keadaan terjadi karena adanya ketidakseimbangan posisi tawar yang tak dapat dihindari oleh pihak yang lemah dan pihak yang lebih kuat menyalahgunakannya dengan memaksakan isi kontrak yang memberinya keuntungan yang tidak seimbang. Jadi prasyarat adanya penyalahgunaan keadaan harus memenuhi beberapa unsur diantaranya:

1. Satu pihak dalam perjanjian lebih unggul dalam bidang ekonomi dari pada pihak lainnya atau dalam keadaan darurat (*noodtoestand*).
2. Pihak lain terdesak melakukan perjanjian yang bersangkutan.
3. Adanya ketergantungan dari pihak lemah yang disalahgunakan oleh pihak yang mempunyai keunggulan psikologis.
4. Adanya keunggulan psikologis luar biasa antara pihak yang satu dengan pihak yang lain.

Ada ketidakseimbangan yang melekat dalam hubungan antara dokter dan pasien sehingga bisa merugikan salah satu pihak yang dalam hal ini adalah pasien. Ketidakseimbangan ini menyangkut hubungan antara dokter dan pasien yang bersifat paternalistik dan penuh ketidakpastian, kondisi ini yang menimbulkan hubungan asimetris antara dokter dan pasien. Hubungan antara dokter dengan pasien ini berawal dari pola hubungan vertikal paternalistik sepertiyang telah di sebutkan di atas yaitu antara bapak dengan anak yang bertolak dari prinsip *father know best*.

Selanjutnya, apabila suatu perjanjian ternyata mengandung unsure-unsur penyalahgunaan keadaan maka eksistensi perjanjian tersebut akan dapat menjadi batal *(vernietigbaar)* bukan batal demi hukum *(nietig van rechtwege).*Hal ini sejalan dengan pendirian bahwa penyalahgunaan keadaan berhubungan dengan pembentukan perjanjian, khususnya mengenai terbentuknya kesepakatan yang tidak sesuai dengan kehendak. Di Indonesia, meskipun ajaran penyalahgunaan keadaan belum masuk dalam sumber hukum positif, namun praktik peradilan yang tertian dalam yurisprudenasi, secara implisit telah menerimanya sebagaimana dalam Putusan Mahkamah Agung RI No.1904 K/Sip/1982 dan No. 3431 K/Sip/1985. Kedua putusan tersebut pada prinsipnya menyatakan bahwa persesuaian kehendak yang diberikan sehingga melahirkan perjanjian, apabila dipengaruhi penyalahgunaan keadaan oleh pihak lain merupakan unsur cacat kehendak dalam pembuatan perjanjian.[30]

Beberapa yurisprudensi di Belanda yang menyangkut penyalahgunaan keadaan berdasarkan keunggulan ekonomis terlihat dalam kasus *Bovag II* (HR 11 Januari 1957), kasus pensiun janda (HR 29 April 1971) dan kasus *Barandwijk/Bouwbureau Barandwijk BV* (HR 2 Nopember 1979). Selanjutnya untuk penyalahgunaan dikarenakan keunggulan kejiwaan terdapat kasus *Van Elmbt/Feierabend* (HR 2 Mei 1964), kasus *Bluijssen/Kolhorn* (HR 13 Juni 1975) dan kasus *Hart van Afrika* (HR 18 Februari 1978). Berdasarkan yurisprudensi yang ada di Belanda, maka ajaran penyalahgunaan keadaan yang

[30]Agus Yudha Hernoko. 2010.*Op Cit*. Hlm 177-178

berkembang adalah penyalahgunaan berdasarkan keunggulan ekonomi dan keunggulan kejiwaan.[31]

[31]Henry P. Panggabean. 2010.*Penyalahgunaan Keadaan (Misbruik van Omstandigheden) Sebagai Alasan Baru Untuk Pembatalan Perjanjian (Berbagai Perkembangan Hukum di Belanda).*Liberty, Yogyakarta. Hlm. 89