

Dimensi Hukum Komunikasi Dalam Pelayanan Rumah Sakit: Suatu Perspektif Medikolegal

Muhammad Luthfie Hakim^{1*}

1. Universitas Muhammadiyah Jakarta, Jakarta, Indonesia

How to cite: Hakim, M. L. (2026). Dimensi Hukum Komunikasi Dalam Pelayanan Rumah Sakit: Suatu Perspektif Medikolegal. *Kertha Wicaksana: Sarana Komunikasi Dosen dan Mahasiswa*, 20(1), 58-65. <https://doi.org/10.22225/kw.20.1.2026.58-65>

Correspondence address to:
Muhammad Luthfie Hakim,
Email address:
muhammad.luthfie@umj.ac.id

Abstract. *Communication in healthcare is not merely a technical or interpersonal issue, but rather an integral part of the legal and ethical responsibilities of the medical profession. This article aims to examine the legal aspects of communication in hospitals through a normative and analytical approach. The discussion focuses on the classification of communication types (clinical and administrative), effective communication methods (SBAR and closed-loop), and the strategic role of medical records in documenting explanations and informed consent for medical procedures. By examining the provisions of Law Number 17 of 2023 concerning Health, relevant ministerial regulations, and field practice, this article demonstrates that communication and documentation failures are among the main causes of medical disputes in Indonesia. The article also identifies common documentation errors, such as incomplete information, undocumented explanations, or explanations provided by unauthorized parties. The article concludes that effective and well-documented communication not only protects patient rights but also strengthens the legal standing of medical personnel and hospitals. Reforming communication and documentation systems in healthcare facilities should be an integral part of strategies to improve quality and provide legal protection in medical practice.*

Keywords: *medical communication; medical records; consent for medical procedures; hospitals; legal responsibility; SBAR.*

Pendahuluan

Komunikasi dalam pelayanan kesehatan bukanlah sekadar keterampilan klinis, tetapi merupakan elemen fundamental dalam menjamin keselamatan pasien dan kepastian hukum dalam praktik kedokteran. Berbagai studi menunjukkan bahwa kegagalan komunikasi antara tenaga kesehatan dan pasien merupakan salah satu penyebab utama terjadinya kesalahan medis yang berujung pada sengketa hukum. Laporan analitis *The Joint Commission (TJC)* di Amerika Serikat, berdasarkan 2.455 *sentinel events* pada tahun 2008, mengungkapkan bahwa lebih dari 70% insiden tersebut disebabkan oleh kegagalan komunikasi antar tenaga kesehatan. (*The Joint Commission, 2008*)

Fenomena ini juga tercermin di Indonesia. Menurut Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI) yang kini direstrukturisasi menjadi Majelis Disiplin Profesi (MDP) sebagian besar tuduhan pelanggaran disiplin di bidang medis berawal dari komunikasi yang tidak memadai, baik dalam penyampaian informasi medis maupun dalam pendokumentasiannya di rekam medis (Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI), 2022). Masalah ini menjadi lebih serius ketika komunikasi yang buruk mengakibatkan tindakan medis dilakukan tanpa persetujuan yang sah, atau

ketika informasi penting tidak disampaikan dengan baik kepada pasien atau keluarganya.

Dari sudut pandang hukum, komunikasi bukanlah domain yang netral. Dalam konteks rumah sakit, komunikasi merupakan bagian integral dari kewajiban hukum tenaga kesehatan untuk memberikan informasi yang benar dan lengkap, sebagaimana diatur dalam Pasal 45 Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, yang secara eksplisit mewajibkan adanya penjelasan medis sebelum dilakukan tindakan medis apa pun. Ketentuan ini kemudian diperkuat dan diperluas dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, khususnya pada Pasal 293 dan 294 yang merinci elemen informasi yang wajib diungkapkan oleh tenaga kesehatan kepada pasien.

Sayangnya, dalam praktik sehari-hari di rumah sakit, komunikasi sering dipersepsikan hanya sebagai masalah teknis atau *soft skill*. Padahal, dalam kerangka hukum kesehatan, komunikasi berfungsi sebagai mekanisme perlindungan hukum tidak hanya bagi pasien tetapi juga bagi tenaga medis itu sendiri. Kegagalan komunikasi dapat menjadi dasar hukum untuk tuduhan malpraktik medis, pelanggaran etika, sanksi disiplin, maupun gugatan perdata (Mertokusumo, 2007).

Lebih jauh lagi, dalam era reformasi sistem kesehatan nasional saat ini, pentingnya komunikasi ditegaskan kembali melalui adopsi *patient-centered care* dan *informed consent* sebagai prinsip dasar pelayanan kesehatan modern. Pendekatan ini menempatkan pasien sebagai peserta aktif dalam proses pengambilan keputusan medis (Kurtz, Silverman, & Draper, 2005). Oleh karena itu, komunikasi tidak hanya terkait dengan *apa* yang disampaikan tetapi juga *bagaimana* informasi tersebut disampaikan, dipahami, dan didokumentasikan.

Literatur hukum kesehatan di Indonesia masih relatif jarang yang secara sistematis membahas dimensi hukum komunikasi medis. Tulisan ini berusaha mengisi kekosongan tersebut dengan menghadirkan pendekatan interdisipliner yang mengintegrasikan perspektif klinis, administratif, dan hukum, yang semuanya saling terkait dan memperkuat. Tujuan utamanya adalah membangun kerangka hukum yang komprehensif untuk mengidentifikasi, menganalisis, dan menilai tanggung jawab hukum dalam komunikasi medis dan administratif di rumah sakit.

Namun, meskipun urgensinya diakui dalam berbagai kerangka normatif, regulasi komunikasi dalam pelayanan kesehatan di Indonesia masih terfragmentasi dan belum terintegrasi secara sistematis. Misalnya, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran hanya mengatur aspek teknis penyampaian informasi dan perolehan persetujuan, tanpa membahas metode komunikasi, kualitas interaksi, atau mekanisme hukum dalam pendokumentasian komunikasi dapat dilihat dari pasal 3 dan 4. Hal ini menimbulkan celah dalam praktik nyata, di mana komunikasi masih dianggap sebagai tugas individual yang tidak terukur, alih-alih kewajiban institusional yang harus distandardisasi dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Ketiadaan ketentuan hukum eksplisit yang mewajibkan rumah sakit menerapkan metode komunikasi standar—seperti SBAR atau *closed-loop communication*—menunjukkan kelemahan sistem hukum dalam mendukung instrumen keselamatan pasien yang berbasis komunikasi efektif.

Metode

Penelitian ini menggunakan metode penelitian yuridis normatif dengan pendekatan konseptual dan perundang-undangan. Pendekatan yuridis normatif difokuskan pada analisis norma hukum yang mengatur komunikasi dalam lingkup rumah sakit, khususnya sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dan peraturan menteri terkait. Metode ini tepat untuk mengidentifikasi dasar hukum, kewajiban, dan tanggung jawab tenaga kesehatan serta institusi pelayanan kesehatan dalam menyampaikan, mendokumentasikan, dan mengelola komunikasi sebagai bagian dari layanannya.

Selain itu, pendekatan konseptual digunakan untuk mengeksplorasi interpretasi doktrinal mengenai *informed consent*, rekam medis, hak pasien, dan tanggung jawab hukum dalam komunikasi klinis. Beberapa doktrin hukum dari literatur hukum kesehatan Indonesia maupun internasional ditelaah guna membangun pemahaman komprehensif mengenai bagaimana komunikasi diperlakukan sebagai subjek hukum, bukan sekadar kewajiban profesional.

Sumber data meliputi bahan hukum primer, berupa peraturan perundang-undangan, putusan

pengadilan, dan peraturan profesi, serta bahan sekunder berupa buku, artikel jurnal, dan laporan kelembagaan dari badan kesehatan dan hukum terkait. Analisis dilakukan secara kualitatif dan deskriptif untuk menyajikan pemahaman mendalam mengenai dimensi hukum komunikasi di rumah sakit dan relevansinya dengan perlindungan hak pasien serta akuntabilitas profesi.

Pembahasan

Klasifikasi Komunikasi di Rumah Sakit dan Konsekuensi Hukumnya

Komunikasi di rumah sakit dapat diklasifikasikan ke dalam dua kategori besar: komunikasi klinis dan komunikasi administratif. Kedua jenis ini berbeda bukan hanya dari segi isi dan tujuan, tetapi juga dalam implikasi hukumnya. Dalam pengamatan sehari-hari di fasilitas kesehatan, kegagalan membedakan kedua jenis komunikasi ini seringkali menimbulkan kesalahpahaman antara tenaga medis dan pasien, serta menimbulkan komplikasi dalam menentukan tanggung jawab hukum ketika terjadi sengketa.

Komunikasi klinis mencakup seluruh bentuk interaksi yang berkaitan langsung dengan diagnosis, terapi, dan proses pemulihan pasien. Dalam klasifikasi akademik, komunikasi klinis dibagi menjadi dua subtype: komunikasi terapeutik dan komunikasi interprofesional. Komunikasi terapeutik terjadi antara tenaga medis dan pasien, dengan tujuan membangun hubungan empatik dan meningkatkan pemahaman pasien terhadap kondisi dan rencana terapinya (Kurtz, Silverman & Draper, Op.cit). Sebaliknya, komunikasi interprofesional berlangsung di antara sesama tenaga kesehatan seperti dokter, perawat, dan apoteker dalam menyusun dan melaksanakan regimen terapi pasien.

Sementara itu, komunikasi administratif tidak berkaitan langsung dengan tindakan medis, tetapi mendukung fungsi operasional rumah sakit. Hal ini mencakup komunikasi terkait pendaftaran pasien, penjadwalan dokter, klaim asuransi, dan manajemen logistic (Braithwaite et al, 2018). Walaupun bersifat non-klinis, komunikasi administratif tetap berpotensi menimbulkan konflik hukum, terutama jika mengakibatkan kesalahan informasi atau keterlambatan pelayanan yang berdampak pada keselamatan pasien.

Dari sudut pandang hukum, komunikasi klinis menanggung beban hukum yang lebih berat karena melibatkan hak fundamental pasien atas informasi, persetujuan, dan keselamatan. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan pada pasal 293-294 mewajibkan tenaga kesehatan untuk memberikan informasi yang lengkap dan akurat serta memperoleh persetujuan sebelum melakukan intervensi medis. Sementara itu, komunikasi administratif dapat menimbulkan pelanggaran kontraktual, termasuk wanprestasi rumah sakit terhadap pasien atau pihak ketiga seperti BPJS Kesehatan.

Implikasi praktis dari klasifikasi ini adalah perlunya **prosedur standar yang berbeda untuk masing-masing jenis komunikasi**. Rumah sakit harus menetapkan protokol yang lebih ketat dan terdokumentasi dengan baik untuk komunikasi klinis, sementara komunikasi administratif harus mengikuti prinsip akuntabilitas organisasi. Kegagalan membedakan keduanya dapat berakibat pada lemahnya pembuktian di pengadilan serta kebingungan dalam audit medis atau investigasi etika profesi.

Standarisasi Komunikasi Efektif: SBAR dan *Closed-Loop Communication*

Tingginya beban kerja, rotasi tenaga kesehatan yang sering, dan kompleksitas informasi medis membuat komunikasi di rumah sakit sangat rentan terhadap kesalahan. Oleh karena itu, standarisasi komunikasi menjadi kebutuhan mendesak. Dua metode komunikasi yang diakui luas dan semakin banyak diadopsi di berbagai rumah sakit Indonesia adalah SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) dan *Closed-Loop Communication*.

Metode SBAR memungkinkan komunikasi singkat namun komprehensif, sehingga sangat efektif dalam situasi darurat atau saat *handover* antar shift. Awalnya dikembangkan oleh Angkatan Laut AS, metode ini kemudian diadopsi oleh institusi kesehatan karena kemampuannya menyusun informasi

secara sistematis (Institute for Healthcare Improvement (IHI),2006). Misalnya, ketika seorang perawat melaporkan tekanan darah pasien yang menurun, laporan harus mencakup situasi saat ini (S), latar belakang medis pasien (B), analisis atau dugaan penyebab (A), dan tindakan yang direkomendasikan (R). Penggunaan SBAR terbukti secara signifikan mengurangi insiden terkait komunikasi di berbagai rumah sakit (J. Haig, S. Sutton, J. Whittington, 2006).

Sementara itu, Closed-Loop Communication menekankan konfirmasi verbal oleh penerima pesan sebagai bukti bahwa pesan telah diterima dan dipahami dengan benar. Metode ini sangat krusial dalam situasi medis berisiko tinggi, seperti pemberian narkotika atau pelaksanaan resusitasi. Dalam praktiknya, perawat tidak boleh sekadar menjawab, “Ya, Dokter,” melainkan harus mengulang instruksi secara verbatim. Pendekatan ini tidak hanya memastikan akurasi, tetapi juga menyediakan jejak komunikasi yang lebih jelas untuk verifikasi hukum apabila terjadi sengketa (AORN Journal, 2018).

Dari perspektif hukum, penerapan metode ini seharusnya dipandang sebagai bagian dari kewajiban hukum untuk berhati-hati (*duty of care*). Dalam sistem *common law* maupun *civil law*, kehati-hatian profesional sering diukur dari kepatuhan terhadap praktik standar yang diterima secara umum. Oleh karena itu, rumah sakit yang tidak menerapkan standar komunikasi dapat dianggap melanggar kewajiban hukumnya untuk melindungi pasien (Mertokusumo, 2007).

Sayangnya, hingga saat ini belum ada regulasi positif di Indonesia yang secara eksplisit mewajibkan penggunaan SBAR atau metode komunikasi standar lainnya dalam praktik rumah sakit. Kekosongan hukum ini menciptakan potensi celah tanggung jawab yang dapat merugikan baik pasien maupun tenaga kesehatan. Oleh karena itu, rumah sakit perlu menetapkan kebijakan internal tertulis mengenai metode komunikasi sebagai bagian dari manajemen mutu dan sistem keselamatan pasien.

Aspek Hukum Wawancara Medis dan Penjelasan

Salah satu tahapan paling krusial dalam proses pelayanan kesehatan adalah wawancara medis dan penyampaian penjelasan medis kepada pasien. Walaupun sering dipersepsikan sebagai langkah rutin di awal pertemuan klinis, unsur-unsur ini pada hakikatnya merupakan bagian dari kewajiban hukum tenaga medis yang secara langsung memengaruhi keabsahan tindakan medis serta perlindungan hak pasien. Dalam konteks hukum kesehatan, tahap ini sangat terkait dengan prinsip otonomi pasien, hak atas informasi, dan mekanisme persetujuan atau penolakan tindakan medis.

Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran—yang secara resmi dicabut melalui Pasal 456 (a) Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan—sebelumnya menyatakan bahwa dokter dan dokter gigi dengan surat tanda registrasi (STR) yang sah berwenang melakukan praktik kedokteran, termasuk mewawancarai pasien, melakukan pemeriksaan fisik dan mental, serta menentukan pemeriksaan diagnostik lanjutan. Substansi pengaturan ini tetap dipertahankan dalam UU Kesehatan baru, meskipun direstrukturisasi ke dalam kerangka normatif yang lebih komprehensif.

Lebih jauh, penyampaian penjelasan medis merepresentasikan hak pasien untuk diberi informasi secara jelas tentang kondisinya, termasuk risiko yang terkait dan pilihan alternatif yang tersedia. Pasal 293 dan 294 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan menetapkan beberapa elemen esensial yang wajib diungkapkan tenaga kesehatan sebelum melakukan intervensi medis: diagnosis, indikasi medis, jenis tindakan yang akan dilakukan, risiko, komplikasi, alternatif, risiko jika tindakan tidak dilakukan, prognosis, dan perkiraan biaya.

Pada prinsipnya, penjelasan ini harus disampaikan dengan **bahasa yang mudah dipahami**, dan dengan cara yang memungkinkan pasien atau keluarganya mengambil keputusan yang tepat berdasarkan informasi. Bahkan, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran secara eksplisit menyebutkan bahwa penjelasan tetap harus diberikan meskipun tidak diminta oleh pasien, serta harus didokumentasikan secara tertulis dalam rekam medis.

Pandangan klasik Hippocrates juga menekankan pentingnya komunikasi dalam pelayanan kesehatan. Dalam ajarannya, dinyatakan:

"The best physician is the one who has providence to tell to the patients according to his knowledge the present situation, what has happened before, and what is going to happen in the future." (B. Lyons (ed.), 2012)

Artinya, seorang dokter yang baik bukan hanya terampil dalam diagnosis, tetapi juga mampu menjelaskan secara jujur dan proporsional mengenai kondisi pasien.

Dari perspektif kontemporer, komunikasi berpusat pada pasien (*patient-centered communication*) dianggap lebih efektif dalam membangun kepercayaan, meningkatkan kepatuhan terhadap terapi, serta mencegah konflik. Menurut Kurtz dkk., komunikasi yang mempertimbangkan harapan, ketakutan, dan kebutuhan pasien tidak memerlukan waktu lebih banyak dibandingkan gaya komunikasi yang berpusat pada dokter (Kurtz, Silverman & Draper, 2005). Hal ini menunjukkan bahwa komunikasi efektif tidak bertentangan dengan efisiensi pelayanan.

Namun, berbagai studi menunjukkan bahwa kegagalan komunikasi dalam tahap wawancara dan penjelasan merupakan akar utama sengketa hukum di sektor kesehatan. Hal ini dapat terjadi karena informasi yang tidak lengkap, penggunaan istilah medis yang tidak dipahami pasien, atau kurangnya dokumentasi memadai dalam rekam medis. Dalam kasus seperti ini, beban pembuktian seringkali jatuh pada tenaga kesehatan, khususnya untuk membuktikan bahwa pasien telah menerima informasi yang cukup sebelum memberikan persetujuan (Sylvia Sumarlin, 2016).

Dengan demikian, wawancara medis dan penjelasan harus dipahami sebagai bagian dari proses membangun konsensus hukum antara pasien dan dokter. Hal ini bukan semata masalah etika profesional, melainkan kewajiban hukum dengan konsekuensi yuridis konkret di ranah disiplin, etik, maupun perdata.

Hak Pasien atas Persetujuan dan Penolakan Tindakan Medis

Hak untuk memberikan persetujuan (*informed consent*) merupakan salah satu pilar utama dalam perlindungan hukum pasien. Dalam doktrin hukum kesehatan, persetujuan tidak hanya dipahami sebagai ekspresi lisan atau tulisan dari pasien, melainkan sebagai manifestasi kehendak bebas yang didasarkan pada informasi yang memadai. Oleh karena itu, keabsahan persetujuan sangat bergantung pada kualitas informasi yang diberikan, serta kapasitas pasien untuk memahami dan mengambil keputusan secara otonom.

Secara normatif, hak atas persetujuan diatur dalam berbagai peraturan perundang-undangan, termasuk Pasal 56 ayat (1) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, yang menyebutkan:

"Setiap orang berhak secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya."

Ketentuan ini diperluas dalam Pasal 293 dan 294 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, yang menyatakan bahwa setiap tindakan medis hanya dapat dilakukan setelah pasien atau keluarganya memberikan persetujuan berdasarkan informasi yang memadai.

Persetujuan dapat diberikan baik secara lisan maupun tertulis, tergantung pada tingkat risiko prosedur medis yang akan dilakukan. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290 Tahun 2008 menetapkan bahwa untuk prosedur medis berisiko tinggi, persetujuan tertulis wajib, sedangkan untuk prosedur berisiko rendah, persetujuan lisan dianggap cukup. Namun dalam praktik, tenaga medis sering hanya berfokus pada pengisian formulir tertulis, tanpa memastikan bahwa informasi benar-benar dipahami oleh pasien. Hal ini menciptakan kerentanan hukum, terutama dalam proses perdata yang menuntut bukti adanya kesepahaman (*meeting of minds*) antara kedua belah pihak.

Lebih jauh, Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 juga secara eksplisit mengakui hak pasien untuk menolak sebagian atau seluruh tindakan medis yang diusulkan, sebagaimana diatur dalam Pasal 294 ayat (4), yang menyatakan:

"Pasien dapat menolak sebagian atau seluruh pelayanan kesehatan yang akan diberikan kepadanya setelah menerima dan memahami informasi secara lengkap mengenai pelayanan kesehatan tersebut."

Hal ini menunjukkan bahwa otonomi pasien berlaku tidak hanya dalam memberikan persetujuan, tetapi juga dalam menolak atau mencabut persetujuan yang telah diberikan sebelumnya. Dalam hal ini, penolakan juga harus didokumentasikan secara tertulis, baik oleh pasien maupun tenaga kesehatan, sebagai bentuk perlindungan hukum bagi kedua belah pihak.

Namun demikian, terdapat pengecualian terhadap hak penolakan, khususnya dalam situasi gawat darurat atau demi kepentingan kesehatan masyarakat. Misalnya, dalam kasus wabah penyakit menular, vaksinasi massal dapat dilakukan tanpa persetujuan individu, sebagaimana diatur dalam Pasal 295 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 yang menggantikan ketentuan serupa dalam UU Kesehatan 2009. Dalam kasus seperti ini, prinsip otonomi pasien dikesampingkan oleh prinsip utilitarian kesehatan masyarakat.

Dari perspektif hukum perdata, persetujuan yang tidak didahului penjelasan memadai dapat dianggap sebagai **cacat kehendak (*wilsgebreken*)**. Beberapa putusan Mahkamah Agung dalam kasus malapraktik medis menegaskan bahwa kurangnya informasi relevan sebelum memperoleh persetujuan dapat membuat tindakan medis dinyatakan melawan hukum—meskipun secara teknis prosedurnya dilakukan dengan benar. Oleh karena itu, baik persetujuan maupun penolakan tidak boleh diperlakukan sebagai formalitas administratif belaka, melainkan sebagai ekspresi hukum kehendak yang memiliki nilai yuridis substantif.

Akhirnya, perlu ditekankan bahwa **keabsahan hukum persetujuan dan penolakan sangat bergantung pada dokumentasi administratif melalui rekam medis**. Rekam medis yang tidak mencatat kronologi penjelasan, tanda tangan, atau waktu pemberian persetujuan akan menjadi kelemahan besar dalam proses hukum. Dengan demikian, dokumentasi yang jelas, lengkap, dan jujur merupakan instrumen vital untuk memperkuat posisi hukum rumah sakit dan tenaga medis menghadapi potensi sengketa.

Rekam Medis sebagai Bukti Hukum

Rekam medis merupakan bentuk bukti sentral dalam hampir semua sengketa hukum yang melibatkan pelayanan kesehatan. Di antara semua jenis komunikasi dalam praktik kedokteran, dokumentasi dalam rekam medis memiliki **nilai pembuktian tertinggi**, karena mencerminkan proses pengambilan keputusan, persetujuan pasien, dan tanggung jawab profesional tenaga kesehatan. Dalam hukum perdata, rekam medis berfungsi sebagai bukti tertulis; dalam proses pidana atau disiplin, rekam medis menjadi bukti pendukung untuk menilai ada atau tidaknya kelalaian atau pelanggaran.

Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, sebagai kerangka regulasi terbaru, secara eksplisit mengatur kewajiban dokumentasi dalam **Pasal 738**. Pasal ini menyatakan bahwa semua tenaga medis dan tenaga kesehatan wajib melakukan dokumentasi dan pelaporan pelayanan yang diberikan, termasuk dalam bentuk rekam medis. Lebih lanjut, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis menegaskan bahwa rekam medis harus memuat identitas pasien, hasil anamnesis, diagnosis, tindakan, penjelasan medis yang diberikan, serta persetujuan atau penolakan pasien.

Dokumentasi yang tidak lengkap atau tidak akurat menjadi sumber utama kerentanan hukum. Misalnya, jika pasien mengajukan gugatan dengan alasan kurangnya informasi sebelum intervensi medis, pengadilan akan terlebih dahulu memeriksa apakah terdapat catatan penjelasan dalam rekam medis. Jika catatan tersebut tidak ada, beban pembuktian akan menjadi jauh lebih berat bagi tenaga Kesehatan (Sylvia Sumarlin, 2016). Dalam hal ini, prinsip **“if it is not documented, it is considered not done”** berlaku kuat, sebagaimana lazim digunakan dalam sistem audit medis dan standar hukum di berbagai negara (J.C. Braithwaite et al, 2018).

Di sisi lain, kualitas dokumentasi juga mencerminkan akuntabilitas institusi pelayanan kesehatan. Rekam medis yang baik bukan hanya mencatat apa yang dilakukan, tetapi juga kapan dilakukan, oleh siapa, dan dalam kondisi klinis apa. Oleh karena itu, praktik profesional menuntut agar dokumentasi dilakukan segera setelah setiap interaksi atau prosedur, bukan secara retrospektif. Dokumentasi retroaktif atau yang dibuat setelah timbul sengketa justru dapat memperburuk posisi hukum rumah sakit.

Dalam Pasal 10 ayat (1)–(3) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran, Secara khusus mengatur mengenai dokumentasi harus mencakup elemen-elemen berikut:

Tanggal, waktu, nama, dan tanda tangan baik pemberi maupun penerima penjelasan.

Catatan mengenai prosedur yang diperluas (misalnya operasi yang diperpanjang secara intraoperatif melebihi rencana awal).

Formulir tertulis penolakan atau pencabutan persetujuan.

Dalam beberapa kasus pengadilan di Indonesia, hakim memutuskan bahwa ketiadaan dokumentasi penjelasan medis merupakan pelanggaran hak pasien, meskipun prosedur medis dilakukan dengan benar. Misalnya, dalam perkara di Pengadilan Negeri Jakarta Pusat, gugatan ganti rugi dikabulkan dengan dasar bahwa tidak ada bukti pasien telah diberi informasi risiko secara layak.

Dengan demikian, dokumentasi rekam medis bukan sekadar formalitas administratif, melainkan **strategi hukum preventif** dan manifestasi akuntabilitas hukum serta etika profesi. Rumah sakit, sebagai institusi, juga menanggung tanggung jawab korporasi ketika sistem dokumentasi lemah, tidak distandardisasi, atau dibiarkan tanpa pengawasan ketat.

Kesalahan Dokumentasi Umum dalam Komunikasi Medis

Berdasarkan pengalaman medikolegal kumulatif dalam litigasi, peninjauan disiplin, dan manajemen risiko rumah sakit, terdapat enam pola kesalahan dokumentasi yang paling sering muncul dan berimplikasi serius dalam sengketa hukum pelayanan kesehatan. Pola-pola ini bukan sekadar teoretis, melainkan konsisten dijumpai dalam praktik rumah sakit, di mana kegagalan komunikasi dan dokumentasi sering berujung pada kesalahpahaman, pengaduan hukum, atau proses disiplin:

Informasi diberikan secara lengkap dan akurat, tetapi tidak dicatat dalam rekam medis.

Informasi diberikan, tetapi tidak lengkap dan/atau tidak akurat.

Informasi sebenarnya tidak diberikan, tetapi secara palsu didokumentasikan seolah-olah telah dijelaskan kepada pasien.

Informasi diberikan dengan benar, tetapi dicatat secara samar atau minimal, sehingga tidak cukup untuk verifikasi hukum atau klinis.

Informasi diberikan oleh pihak yang tidak berwenang, misalnya bukan oleh dokter penanggung jawab atau tim medis resmi, melainkan oleh staf administrasi atau peserta didik.

Informasi disampaikan, tetapi pasien atau keluarganya tidak memahaminya karena penggunaan istilah medis, hambatan bahasa, atau gaya komunikasi.

Setiap skenario di atas menimbulkan risiko hukum serius. Misalnya, ketika tindakan medis dilakukan tanpa dokumentasi penjelasan yang layak, pengadilan sering menilai ketiadaan dokumentasi sebagai bukti bahwa tidak ada persetujuan yang sah. Demikian pula, pelimpahan penjelasan kepada pihak yang tidak berwenang dapat merusak kredibilitas institusi medis dan dianggap sebagai kelalaian atau bahkan penipuan.

Dari sudut pandang hukum, kesalahan komunikasi tidak selalu disebabkan oleh niat buruk, melainkan sering berakar pada kegagalan sistemik dalam prosedur operasional standar, pelatihan, dan disiplin dokumentasi. Oleh karena itu, rumah sakit tidak hanya harus melatih tenaga kesehatan dalam teknik komunikasi klinis, tetapi juga menstandarisasi cara dan waktu komunikasi harus dicatat. Pengenalan template dokumentasi, *audit trail*, dan validasi pengawas sangat penting untuk membangun sistem komunikasi yang dapat dipertanggungjawabkan secara hukum.

Simpulan

Komunikasi di rumah sakit bukan hanya masalah efisiensi teknis atau keterampilan interpersonal, melainkan konstruksi hukum yang membentuk fondasi hak pasien, tanggung jawab profesional, dan akuntabilitas institusi. Klasifikasi komunikasi menjadi ranah klinis dan administratif, adopsi metode standar seperti SBAR dan *closed-loop communication*, serta penekanan pada

dokumentasi yang menyeluruh mencerminkan ekspektasi hukum yang terus berkembang atas presisi, transparansi, dan etika dalam pelayanan kesehatan.

Meskipun regulasi kesehatan di Indonesia telah mulai memasukkan kewajiban hukum terkait komunikasi dan dokumentasi, masih terdapat celah kritis dalam penegakan dan implementasi institusional. Oleh karena itu, penguatan kebijakan internal rumah sakit dan penyelarasan dengan standar hukum yang berlaku bukan hanya persoalan *best practice*, tetapi juga perisai terhadap pelanggaran etika, tanggung jawab profesional, dan kelalaian institusional.

Daftar Pustaka

- AORN Journal. (2018). Best Practices in Closed-Loop Communication. *AORN Journal*, 108(5), 412–414.
- B. Lyons (ed.). (2012). *Medical Ethics: A Comparative Study*, London: Routledge, h.27
- Institute for Healthcare Improvement (IHI). (2006). *SBAR Toolkit for Effective Clinical Communication*. Boston: IHI, h.2
- J.C. Braithwaite et al. (2018). *Health Administration and Communication: Legal Perspectives*, Sydney: McGraw-Hill, h. 88–89.
- J. Haig, S. Sutton, and J. Whittington. (2006). SBAR: A Shared Mental Model for Improving Communication Between Clinicians," *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 32(3), 168–175.
- Kurtz, S., Silverman, J., & Draper, J. (2005). *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*, Oxford: Radcliffe Medical Press, 11–12.
- Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI). (2022). *Laporan Tahunan 2021: Statistik Pelanggaran Disiplin Profesi Dokter*, Jakarta: Konsil Kedokteran Indonesia. h. 27
- Mertokusumo, S. (2007). *Penemuan Hukum: Sebuah Pengantar*. Yogyakarta: Liberty. h. 85
- Sumarlin, S. (2016). Tanggung Jawab Hukum Dokter Akibat Tidak Memberikan Informasi yang Lengkap. *Jurnal Etika Kedokteran Indonesia*, 5(2), 134.
- The Joint Commission, *Improving America's Hospitals: The Joint Commission's Annual Report on Quality and Safety 2008*, Illinois: JCAHO, 2008. h.13
- Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.
- Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis.
- Putusan Pengadilan Negeri Jakarta Pusat Nomor 615/Pdt.G/2019/PN.Jkt.Pst, dikutip dalam: MKDKI, *Laporan Tahunan 2020*, hlm. 42.