

Gambaran Umum Berkaitan Izin Bermaklumat dari Kaca Mata Etika Perubatan dan Undang-undang

An Overview of Informed Consent from the Lens of Medical Ethics and Law

Yong Kin Ngai
¹Mohd Zamre Mohd Zahir

Fakulti Undang-Undang,
Universiti Kebangsaan Malaysia

Correspondence e-mel: ¹zamre@ukm.edu.my

ABSTRAK

Setiap individu mempunyai hak untuk menentukan sama ada untuk menjalani sebarang prosedur perubatan atau tidak. Prinsip teras dalam etika perubatan ini dipanggil sebagai prinsip autonomi. Masalah timbul apabila berdepan dengan isu apabila keputusan yang ingin diputuskan sama ada ingin meneruskan atau tidak sesuatu rawatan perubatan. Objektif penulisan ini adalah mengenal pasti konsep izin bermaklumat dari kaca mata etika perubatan dan undang-undang. Selain itu, penulisan ini akan mencadangkan penambahbaikan yang boleh dilakukan berkaitan izin bermaklumat. Metodologi yang digunakan ialah kualitatif. Data dari sumber primer dan sekunder akan dirujuk dalam penulisan ini. Adalah didapati bahawa izin bermaklumat ini penting dalam konteks sama ada ingin meneruskan atau tidak sesuatu rawatan perubatan. Bukan itu sahaja, ia juga akan memberikan impak liabiliti undang-undang kepada doktor yang merawat sekiranya terdapat sesuatu pelanggaran yang timbul berkaitan izin bermaklumat seseorang pesakit.

Kata kunci: etika perubatan, keizinan, izin bermaklumat, pesakit, undang-undang.

ABSTRACT

Every individual has the right to decide whether to undergo any medical procedure or not. This core principle in medical ethics is called the principle of autonomy. Problems arise when faced with the issue when the decision to be made is whether to continue or not a medical treatment. The objective of this paper is to identify the concept of informed consent from the lens of medical ethics and law. In addition, this paper will suggest improvements that can be made related to informed consent. The methodology used is qualitative. Data from primary and secondary sources will be referred in this paper. It has been found that this informed consent is vital in the context of whether to proceed with a medical treatment or not. Not only that, but it will also give the impact of legal liability to the treating doctor if there is any violation that arises related to a patient's informed consent.

Keywords: consent, informed consent, law, medical ethics, patient.

1. Pengenalan

Malaysia mempunyai sistem penjagaan kesihatan yang mempunyai reputasi tinggi dengan gabungan perkhidmatan kesihatan awam dan swasta. Namun begitu, sejak 1990-an, kes-kes kecuai perubatan di Malaysia majoritinya adalah berkaitan dengan dakwaan bahawa doktor tidak memperolehi izin bermaklumat daripada pesakit (Anisah Che Ngah 2005). Kajian-kajian yang dibuat kemudian juga mencapai kesimpulan yang sama, iaitu kebanyakan pesakit di Malaysia tidak diberitahu maklumat yang mencukupi sebelum mereka memberi keizinan untuk menerima rawatan perubatan (Ng et al. 2013). Hak setiap individu harus dilindungi kerana mereka mempunyai hak asasi dan hak untuk hidup sebagai manusia. Tambahan pula, menurut Zahir et al. (2019a: 2019b) individu mempunyai hak terhadap penjagaan kesihatan dan rawatan perubatan (Zahir et al., 2019a; Zahir et al., 2019b; Zahir, 2021). Walaupun tiada statistik yang menggambarkan jumlah kes kecuai yang secara khusus berkaitan dengan kegagalan memperolehi izin bermaklumat pesakit, kajian-kajian yang disebut di atas menunjukkan bahawa wujud keperluan supaya kajian tentang pelaksanaan izin bermaklumat di Malaysia dilakukan. Penulisan ini bertujuan untuk memberi suatu gambaran umum terhadap kedudukan prinsip izin bermaklumat di Malaysia serta beberapa negara terpilih.

2. Tinjauan Literatur

Setakat ini, antara kajian yang telah dilakukan dalam rangka tema ini adalah seperti berikut. Pertama sekali, dalam tesis Anisah Che Ngah (2005), penulis telah membincangkan mengenai prinsip izin bermaklumat dan aplikasinya di Malaysia dengan teliti. Namun demikian, selain daripada kedudukan di United Kingdom dan Australia, penulis kurang menerangkan kedudukan bidang kuasa common law yang lain seperti Singapura. Tesis tersebut yang ditulis pada tahun 2005 juga tidak menggambarkan perkembangan terkini mengenai izin bermaklumat di Malaysia, terutamanya perkembangan izin bermaklumat selepas Mahkamah Persekutuan membuat keputusan dalam kes *Foo Fio Na v Dr Soo Fook Mun & Assunta Hospital* pada tahun 2007. Oleh itu, terdapat keperluan supaya kajian yang lebih terkini dibuat mengenai izin bermaklumat di Malaysia.

Menurut Gurmit Kaur (2009), beliau telah mengkaji isu izin bermaklumat dari segi undang-undang kewajipan seorang doktor untuk memberi semua maklumat tentang penyakit dan rawatan serta proses rawatan kepada pesakitnya. Penulisannya tentang latar belakang sejarah prinsip izin bermaklumat adalah lebih singkat kerana fokus kajiannya lebih kepada kedudukan terkini mengenai isu izin bermaklumat. Semasa membincangkan kedudukan Malaysia serta negara-negara lain seperti United Kingdom, Amerika Syarikat dan Australia, penulis tidak merumuskan secara terperinci kebangkitan konsep autonomi pesakit ataupun konflik antara konsep paternalisme perubatan dengan konsep autonomi pesakit. Justeru, kelompangan ini perlu diisi dalam menganalisis konsep paternalisme, autonomi, serta hubungan kedua-dua konsep ini dengan prinsip izin bermaklumat.

Tengku Noor Azira Tengku Zainudin, Anita Abdul Rahim dan Ramalinggam Rajamanickam (2015) telah mengkaji tentang kedudukan Malaysia berkaitan dengan keizinan pesakit dewasa terhadap rawatan perubatan. Penulis-penulis telah menggariskan elemen-elemen yang diperlukan untuk membentuk sesuatu keizinan yang sah, iaitu: (i) pesakit mestilah berkeupayaan untuk memberi keizinan; (ii) pesakit diberi maklumat yang mencukupi berkaitan dengan sifat rawatan perubatan yang dicadangkan oleh doktor; dan (iii) keizinan mestilah diberi secara suka rela. Penulis-penulis juga telah membincangkan kedudukan common law mengenai isu keengganan untuk memberi keizinan terhadap rawatan perubatan. Akhirnya, penulis-penulis telah mencadangkan pelaksanaan arahan awal perubatan sebagai langkah-langkah untuk memastikan izin bermaklumat pesakit sentiasa dihormati dan diiktiraf. Penulis mendapati artikel ini ringkas lagi padat dalam merumuskan kedudukan perundangan Malaysia mengenai isu izin bermaklumat. Walau bagaimanapun, dalam artikel ini, hanya aspek undang-undang sahaja yang ditekankan.

Berdasarkan tinjauan di atas, tesis dan artikel yang membincangkan prinsip izin bermaklumat di Malaysia bukan kajian yang dibuat berdasarkan undang-undang terkini. Ini bermaksud wujud suatu titik kelompongan dalam kajian ini kerana masih belum ada mana-mana penyelidik yang membincangkan kedudukan Malaysia terkini mengenai prinsip izin bermaklumat. Penulis juga belum menemui mana-mana hasil penulisan yang membincangkan kedudukan Malaysia mengenai isu izin bermaklumat dan membandingkannya dengan kedudukan bidang kuasa *common law* yang lain, terutamanya United Kingdom dan Singapura.

3. Metodologi dan Kawasan Kajian

Metodologi penyelidikan menyediakan pendekatan yang sistematik dan berstruktur untuk menjalankan penyelidikan, memastikan kesahihan data dan penemuan penyelidikan. Ia memastikan kajian yang dilakukan tidak berat sebelah, mengawal pembolehubah dan menghasilkan keputusan yang tepat. Dengan mengikuti metodologi yang ketat, penyelidik boleh meningkatkan kredibiliti penemuan penyelidikan.

3.1 Tata Cara Pengumpulan Data

Pendekatan kajian yang digunakan adalah bersifat kualitatif. Kaedah kualitatif dipilih menjadi metod kerana kajian ini hanya melibatkan analisis tentang kedudukan prinsip izin bermaklumat di negara-negara seperti Malaysia, UK, dan Singapura. Oleh itu, kajian ini tidak melibatkan apa-apa kajian lapangan atau soal selidik.

Untuk tujuan pengumpulan data, penulis melakukan kajian perpustakaan dengan membaca buku-buku, jurnal, artikel dan keratan akhbar. Undang-undang berhubung izin bermaklumat dan kes-kes yang diputuskan oleh mahkamah turut dirujuk. Selain itu, penulis akan membuat rujukan secara dalam talian dengan merujuk laman sesawang yang relevan. Pendek

kata, sumber-sumber yang dirujuk dalam kajian ini boleh dikategorikan kepada sumber primer dan sumber sekunder. Sumber primer yang digunakan termasuklah statut, garis panduan, kes-kes yang diputuskan, jurnal undang-undang, dan tesis. Sumber sekunder yang digunakan pula termasuklah buku teks dan kamus-kamus.

3.2 Analisis Data

Secara umumnya, penulis mendapati bahawa undang-undang tort merupakan sumber utama undang-undang yang mengawal selia isu izin bermaklumat pesakit terhadap rawatan perubatan. Mahkamah melalui kes-kes yang diputuskan telah mengembangkan prinsip berkaitan dengan tugas berhati-hati doktor untuk menasihati pesakit mereka tentang risiko dan alternatif rawatan perubatan. Oleh itu, kebanyakan perbincangan dalam penulisan ini adalah bersandarkan kes-kes kehakiman.

3.3 Kawasan Kajian

Kajian ini terhad kepada analisis kedudukan undang-undang dan etika berkaitan izin bermaklumat di Malaysia, United Kingdom, dan Singapura. Prinsip izin bermaklumat dari sudut agama tidak dianalisis oleh penyelidik secara mendalam. Meskipun prinsip izin bermaklumat juga boleh diaplikasikan dalam bidang kajian perubatan yang melibatkan subjek manusia, penyelidik hanya memfokuskan pengaplikasian prinsip izin bermaklumat terhadap rawatan perubatan sahaja.

Kajian ini mempunyai limitasi kerana terdapat banyak aduan kecuaiian perubatan yang mungkin melibatkan kegagalan doktor memperolehi izin bermaklumat pesakit, tetapi tidak dilaporkan atau dibawa ke hadapan mahkamah. Keadaan ini menyukarkan analisis yang dibuat kerana keadaan pelaksanaan prinsip izin bermaklumat yang sebenar tidak boleh diketahui.

4. Dapatan dan Perbincangan

Dapatan untuk penulisan ini terbahagi kepada beberapa sub-tajuk, iaitu: (1) izin bermaklumat di Malaysia; (2) izin bermaklumat di United Kingdom; dan (3) izin bermaklumat di Singapura.

4.1 Izin Bermaklumat di Malaysia

Tuntutan kecuaiian perubatan di Malaysia dikawal selia sepenuhnya di bawah undang-undang tort. Di bawah sistem ini, pesakit tercedera yang ingin menuntut ganti rugi berdasarkan kecuaiian doktor perlu membuktikan doktor telah melanggar tugas berhati-hati mereka untuk menasihati pesakit tentang risiko dan sifat rawatan. Fokus makalah ini bukan terhadap tugas berhati-hati doktor semasa merawat pesakit. Sebaliknya, kedudukan undang-undang di Malaysia berkaitan

dengan tugas berhati-hati doktor semasa memperolehi izin bermaklumat pesakit dewasa untuk menerima rawatan perubatan turut dikaji. Biasanya, justifikasi untuk izin bermaklumat menekankan akibat berfaedah yang berpunca daripada penglibatan pesakit dalam keputusan tentang penjagaan mereka (Jackson 2022). Sebagai contohnya, sesetengah doktor akan berhujah bahawa terdapat hasil yang lebih baik daripada rejim rawatan yang telah dipilih oleh pesakit, dan yang mana mereka lebih cenderung untuk mematuhi.

4.1.1 Tugas Berhati-hati

Undang-undang tort di Malaysia menetapkan setiap doktor mempunyai suatu tugas berhati-hati terhadap pesakitnya. Malaysia menerima pakai undang-undang tort common law yang juga mengenakan tugas berhati-hati terhadap seseorang pakar semasa menjalani tugas mereka. Khususnya, undang-undang yang mengawal selia tindakan doktor terhadap pesakit disebut sebagai undang-undang kecuai perubatan (Mahendra 2013). Menurut Halsbury's Laws of Malaysia (2017), jika seseorang mempunyai tugas berhati-hati terhadap plaintiff, maka orang itu hanya akan bertanggung berkecuaian dengan perbuatannya dalam tort kecuai jika dia telah melanggar tugas berhati-hati itu. Pelanggaran merujuk ketidakpatuhan terhadap tahap tugas berhati-hati.

4.1.2 Tahap Tugas Berhati-hati

Setelah berjaya membuktikan bahawa seorang doktor mempunyai tugas berhati-hati terhadap pesakit, plaintiff yang ingin membawa tuntutan kecuai perubatan kemudiannya perlu membuktikan bahawa tugas berhati-hati tersebut telah dilanggar oleh doktor. Ini perlu dilakukan dengan membuktikan bahawa doktor tersebut (defendan) telah mengamal dengan cara yang jatuh di bawah tahap tugas berhati-hati yang diperlukan daripada mereka. Oleh itu, dua soalan yang perlu dipertimbangkan ialah: (1) apakah tahap tugas berhati-hati yang dikenakan terhadap doktor; dan (2) sama ada tingkah laku defendan telah jatuh di bawah tahap yang diperlukan.

Secara amnya, keputusan kehakiman dalam kes *Bolam v Friern Hospital Management Committee* [1957] 1 WLR 582 diguna pakai oleh mahkamah di Malaysia untuk menentukan kes melibatkan kecuai perubatan. Prinsip yang ditetapkan dalam kes Bolam ialah seseorang doktor tidak melakukan kecuai sekiranya dia telah bertindak mengikut amalan yang diterima oleh sekumpulan doktor sebagai sesuai, walaupun kumpulan lain mungkin mempunyai pendapat yang lain (Hamid Sultan 2022). Asalnya, kes Bolam telah disambut baik oleh Malaysia dan diterima sebagai undang-undang yang baik.

Namun begitu, persoalan yang kemudian dibangkitkan ialah sama ada kes *Bolam* masih sesuai untuk diguna pakai di Malaysia dalam semua keadaan. Persoalan ini akhirnya terjawab apabila kes *Foo Fio Na* dirayu di peringkat rayuan yang tertinggi (*Foo Fio Na v Dr Soo Fook Mun & anor* [2007] 1 CLJ 229). Menurut Mahkamah Persekutuan, ujian tugas berhati-hati yang ditetapkan dalam kes *Bolam* hanya terhad kepada amalan doktor merawat. Ujian tersebut tidak relevan untuk menentukan tugas berhati-hati doktor semasa menasihati pesakitnya mengenai rawatan perubatan. Ini bermaksud, persoalan sama ada seseorang doktor telah gagal memperolehi izin bermaklumat pesakit dewasa sebelum rawatan dijalankan perlu ditentukan mengikut ujian yang lain. Mahkamah telah memihak kepada ujian yang ditetapkan oleh

Mahkamah Australia dalam kes *Rogers v Whitaker* (1992) 175 CLR 479. Dalam kes *Rogers*, prinsipnya ialah doktor mempunyai tugas untuk memberi amaran kepada pesakitnya tentang apa-apa risiko material untuk rawatan perubatan yang dicadangkan.

Oleh itu, mahkamah akan menilai jika seseorang doktor telah memberi nasihat kepada pesakitnya tentang rawatan perubatan mengikut tahap seorang doktor yang munasabah. Penilaian ini perlu dibuat oleh mahkamah semata-mata. Walaupun pandangan doktor dan pakar yang lain mungkin berpengaruh, mahkamah merupakan forum muktamad yang akan memberi keputusan.

Sejak itu, kedudukan yang ditetapkan dalam kes *Foo Fio Na* telah diterima oleh Mahkamah Persekutuan dalam kes *Zulhasnimar Hasan Basri & anor v Dr Kuppu Velumani P & Ors* [2017] 5 MLJ 438. Dalam kes ini, menurut Raus Sharif PMR: "...berkenaan dengan tahap tugas berhati-hati dalam kes kecuiaan perubatan, perbezaan mesti dibuat antara diagnosis dan rawatan dengan tugas untuk menasihati tentang risiko... Seperti yang diputuskan oleh Mahkamah Tinggi Australia di *Rogers v Whitaker* dan diikuti oleh mahkamah ini di *Foo Fio Na*, kini mahkamah (bukan badan pengamal perubatan yang terpelajar) yang akan memutuskan sama ada pesakit telah dinasihatkan dengan betul tentang risiko yang berkaitan dengan rawatan yang dicadangkan".

Mahkamah Persekutuan dalam kes *Foo Fio Na* dan *Zulhasnimar* terpaksa untuk menggariskan perbezaan antara tugas untuk mendiagnosis dan merawat, dengan tugas untuk menasihati pesakit. Ini kerana perbezaan sedemikian tidak disebut di dalam prinsip *Bolam* yang telah diguna pakai secara meluas selama ini (Puteri Nemie 2021). Tahap tugas berhati-hati untuk kedua-dua jenis tugas ini dianggap oleh mahkamah di Malaysia sebagai berbeza. Dalam kata lain, prinsip *Bolam* masih terpakai untuk menentukan tugas berhati-hati semasa doktor mendiagnosis dan merawat pesakit. Prinsip yang ditetapkan dalam kes *Foo Fio Na* hanya mengubah kedudukan undang-undang berkaitan dengan tugas menasihati pesakit tentang risiko daripada rawatan perubatan.

4.1.3 Pelanggaran Tugas Berhati-hati

Untuk membuktikan doktor telah melanggar tugas berhati-hati, pesakit perlu membuktikan kepada mahkamah bahawa doktor tidak beramal mengikut tahap tugas berhati-hati yang ditetapkan oleh undang-undang. Mahkamah Rayuan dalam kes *Hasan bin Datolah v Kerajaan Malaysia* [2010] 2 MLJ 646 telah berdepan dengan isu pelanggaran tugas berhati-hati oleh doktor untuk menasihati pesakit. Mahkamah mendapati doktor telah mematuhi tugasnya untuk menasihati plaintif sebelum menjalani pembedahan. Menurut doktor tersebut, beliau telah memberitahu plaintif tentang pembedahan yang akan dilakukan sebelum plaintif dibedah. Doktor juga berkata plaintif tidak menolak untuk menjalani pembedahan tersebut. Pembedahan sangat diperlukan pada masa tersebut untuk mengelakkan saraf plaintif daripada berhenti berfungsi. Semasa pembedahan kedua dilakukan, mahkamah memutuskan bahawa isu izin bermaklumat tidak lagi relevan kerana plaintif telah pun berada dalam keadaan koma dan doktor tidak mungkin mampu menasihati pesakit berkenaan risiko yang wujud akibat daripada pembedahan.

Seorang doktor dikatakan telah melanggar tugas berhati-hatinya untuk menasihati pesakitnya apabila pesakit membuktikan bahawa sekiranya doktor telah menjelaskan kepadanya

kemungkinan risiko material yang berkaitan dengan rawatan yang dicadangkan dia akan memilih untuk tidak menjalani prosedur tersebut atau dia akan memilih prosedur alternatif yang lain (Jackson 2022). Untuk membuktikan doktor telah melakukan kecuai perubatan, pesakit sebagai plaintif menanggung beban pembuktian untuk menyokong kesnya. Perkara ini juga selaras dengan seksyen 101 Akta Keterangan 1950.

Dalam kes *Ramanaidu a/l C Simansalom v Kerajaan Malaysia & Ors* [2011] MLJU 1199, plaintif telah mengalami kecederaan di bahagian lutut kanannya akibat daripada kemalangan jalan raya. Plaintif telah dikesan menghidap penyakit osteoarthritis. Plaintif telah menjalani pembedahan penggantian lutut secara menyeluruh. Selepas dua pembedahan untuk merawat komplikasi pembedahan penggantian lutut keseluruhan, plaintif juga diberi rawatan perubatan dan fisioterapi lanjut untuk membolehkannya menjalani kehidupan seperti biasa. Plaintif berhujah bahawa dia telah mengalami kecederaan disebabkan pembedahan yang dilakukan dan penjagaannya di hospital telah dilakukan secara cuai. Mahkamah memutuskan bahawa pembedahan penggantian lutut secara menyeluruh sebenarnya tidak diperlukan. Doktor telah melanggar tugas berhati-hatinya kerana gagal memberi alternatif pembedahan dan gagal untuk menasihati plaintif tentang risiko dan komplikasi pembedahan. Keputusan mahkamah ini dibuat selepas menerima keterangan yang diberi oleh pakar perubatan yang lain.

Hal ini menunjukkan bahawa kes *Foo Fio Na* dan *Rogers* tidak menafikan kepentingan pendapat perubatan tetapi hanya menafikan kemuktamadannya. Dalam kata lain, pendapat pakar perubatan dan doktor yang lain masih relevan dan penting bagi mahkamah untuk membuat keputusan, tetapi keterangan pakar tidak semestinya perlu diikuti 100 peratus.

Dalam kes *Dr. Premitha Damodaran v GTK & Anor and another appeal* [2022] 3 MLJ 484, seorang ibu telah mendakwa doktornya gagal untuk menerangkan, menasihati dan berbincang dengannya mengenai risiko atau kebaikan yang wujud bagi setiap satu cara melahirkan anak yang sesuai untuknya. Ini kerana bayi dalam kandung ibu tersebut adalah lebih besar daripada seorang bayi yang normal. Risiko bahu bayi tersangkut di saluran kelahiran semasa proses kelahiran adalah jauh lebih tinggi. Mahkamah mendapati doktor yang didakwa hanya seorang pakar perbidanan. Dia telah melaksanakan tugas berhati-hatinya terhadap ibu tersebut dengan berbincang dengan ibu tersebut tentang pilihan menjalani Caesarean section sebelum dia dimasukkan ke hospital. Mahkamah juga mendapati ibu tersebut telah memaklumkan kepada doktor bahawa berat badan anak yang pertamanya ialah 4.54 kg dan telah dilahirkan melalui vagina. Berdasarkan maklumat ini, doktor tidak melakukan kecuai apabila dia telah menasihati ibu tersebut supaya anak keduanya, yang mempunyai berat badan sekitar 3.8 kg ke 4kg, juga boleh dilahirkan melalui vagina.

Keputusan dalam kes *Dr. Premitha* bermaksud tugas berhati-hati yang dikenakan ke atas doktor adalah berdasarkan maklumat-maklumat yang diberikan oleh pesakit kepada doktor. Sekiranya doktor telah membuat keputusan yang terbaik untuk pesakit dan memaklumkan risiko material kepadanya, maka doktor tidak boleh dikatakan telah melanggar tugas berhati-hatinya.

4.1.4 Sebab munasabab

Sebab munasabab merupakan elemen yang penting untuk menentukan liabiliti kecederaan atau kerosakan yang dialami plaintif. Selepas plaintif telah membuktikan wujud pelanggaran tugas berhati-hati, plaintif perlu membuktikan elemen sebab munasabab. Pesakit perlu membuktikan dia telah mengalami kerosakan atau kecederaan disebabkan salah laku dan kecuaiian doktor.

Untuk membuktikan kerosakan adalah disebabkan oleh kecuaiian doktor, plaintif perlu membuktikan beberapa perkara kepada mahkamah. Ini telah dibincangkan dalam kes *Dennis Lee Thian Poh & 2 ors v Dr Michael Samy & Anor* [2018] 6 AMR 429. Pesakit berhujah bahawa doktor telah cuai kerana gagal untuk menasihatinya tentang risiko rawatan yang dicadangkan. Mahkamah bersetuju dengan mahkamah perbicaraan bahawa plaintif perlu membuktikan kesemua elemen berikut untuk berjaya dalam tuntutan, iaitu: (i) terdapat risiko material yang diketahui dalam penggunaan cytotec, (ii) terdapat kegagalan untuk memberi amaran tentang risiko tersebut, (iii) si mati, jika diberi amaran tentang risiko tersebut, tidak akan bersetuju untuk menggunakan cytotec, (iv) salah satu risiko material yang diketahui, iaitu hiperstimulasi, telah berlaku, (v) risiko membawa kepada postpartum hemorrhage (PPH), dan (vi) bahawa si mati meninggal dunia akibat PPH. Disebabkan plaintif (pesakit) hanya dapat buktikan doktor telah gagal untuk memberi amaran tentang risiko semasa menggunakan cytotec, maka tuntutan plaintif telah gagal. Mahkamah juga mendapati bahawa plaintif gagal membuktikan kematian pesakit adalah disebabkan oleh hiperstimulasi atau PPH.

Oleh itu, walaupun pelanggaran tugas berhati-hati telah dilakukan oleh doktor, contohnya doktor gagal menasihati risiko rawatan kepada pesakitnya, ini tidak bermaksud pesakit layak untuk mendapat pampasan. Elemen sebab munasabab mesti dibuktikan oleh pesakit yang tercedera untuk berjaya menuntut ganti rugi.

4.1.5 Ganti rugi

Sekiranya doktor telah melanggar tugas berhati-hati untuk memberi amaran kepada pesakit mengenai risiko pembedahan, ini tidak bermaksud pesakit telah berjaya dalam tuntutannya. Selepas plaintif berjaya membuktikan dia telah mengalami kecederaan disebabkan kecuaiian doktor untuk menasihatinya tentang risiko material akibat daripada rawatan perubatan, maka barulah mahkamah berkuasa untuk mengarahkan doktor atau/dan pihak hospital untuk membayar ganti rugi.

Ganti rugi yang diperintahkan oleh mahkamah perlu dibuat dengan mengambil kira kecederaan yang dialami oleh pesakit. Dalam kes *Ng Eu Khoon v Dr Gwen Smith & Ors* [1991] 1 LNS 442, plaintif ialah seorang bayi yang dilahirkan pramatang. Doktor telah mencadangkan ibu bapa plaintif supaya terapi oksigen dijalankan terhadap plaintif. Selepas terapi itu, plaintif telah mengalami retrolental fibroplasia dan menjadi buta. Ibu bapa plaintif mendakwa doktor telah cuai kerana gagal untuk memaklumkan mereka tentang risiko yang mungkin dialami oleh plaintif selepas menjalankan terapi oksigen. Mahkamah memutuskan bahawa doktor telah cuai dan memerintahkan doktor untuk membayar ganti rugi sebanyak RM 100,000. Ini kerana plaintif telah hilang keupayaan untuk melihat ibu bapanya selama-lamanya sebaik sahaja dia dilahirkan.

Mahkamah juga mengambil kira kebutaan plaintif bermaksud dia telah hilang keupayaan untuk bekerja.

Dalam kes *Dr Hari Krishnan & anor v Megat Noor Ishak bin Megat Ibrahim & Anor (and another appeal)* [2018] 3 MLJ 281, mahkamah mendapati Dr Hari mahupun Dr Namazie tidak pernah menasihati pesakit bahawa wujud risiko buta akibat daripada pembedahan yang dicadangkan. Mahkamah memutuskan bahawa setiap orang yang munasabah dalam keadaan pesakit semestinya akan memandang risiko buta sebagai risiko yang sangat serius. Oleh itu, Dr hari dan Dr Namazie telah melanggar tugas berhati-hati mereka terhadap pesakit. Pesakit telah hilang peluang untuk membuat sesuatu keputusan yang bermaklumat sebelum mengizinkan pembedahan dilakukan terhadapnya. Menurut laporan perubatan, mata kanan pesakit telah menjadi buta selama-lamanya disebabkan lekangan retina. Walaupun Dr Hari telah melakukan pembedahan kedua, beliau masih gagal untuk membetulkan kedudukan retina. Disebabkan kecuaiannya kedua-dua doktor tersebut untuk menasihati pesakit tentang risiko buta serta kegagalan untuk merawat mengikut tahap tugas berhati-hati, maka plaintif telah diberi ganti rugi am, ganti rugi teruk dan ganti rugi khas.

Tuntasnya, penulis mendapati bahawa tiada prinsip tegas tentang cara mahkamah mengarahkan ganti rugi kepada pesakit yang tercedera akibat daripada kecuaiannya doktor. Amaun dan jenis ganti rugi akan diberikan berdasarkan kes dan keadaan masing-masing.

4.1.6 Izin Bermaklumat di Malaysia dari Perspektif Etika

Majlis Perubatan Malaysia, sebagai badan yang bertanggungjawab untuk menetapkan piawaian tertinggi untuk etika perubatan, telah menetapkan garis panduan bagi doktor untuk mendapatkan izin bermaklumat daripada pesakit. Garis panduan ini disebut sebagai MMC Guideline: Consent for Treatment of Patients by Registered Medical Practitioners ("*Consent Guidelines*"). *Consent Guidelines* ini bertujuan untuk memastikan pesakit dimaklumkan sepenuhnya dan dapat membuat keputusan termaklum mengenai penjagaan perubatan mereka.

Menurut Fasal 3 *Consent Guidelines*, setiap doktor mesti mendedahkan semua maklumat yang berkaitan kepada pesakit dalam bahasa dan cara yang boleh difahami oleh pesakit. Maklumat tersebut mesti termasuk jenis prosedur atau rawatan, faedah yang dijangkakan, risiko dan komplikasi yang mungkin berlaku, dan sebarang alternatif yang ada. Amalan ini patut dilakukan terhadap semua pesakit tidak kira apa penyakit yang dihadapi oleh mereka. Amalan ini juga boleh memastikan pesakit memberi kerjasama yang sepenuh kepada pihak doktor dan hospital dalam proses menerima rawatan.

Selain itu, menurut Fasal 8(d)(ii) hingga (v) *Consent Guidelines*, doktor mestilah memastikan bahawa pesakit berkelayakan untuk memberikan keizinan mereka. Hal ini bermakna pesakit mestilah dalam umur yang sah, cekap dari segi mental, dan tidak berada di bawah pengaruh sebarang dadah atau alkohol yang boleh menjejaskan keupayaan mereka untuk membuat keputusan bermaklumat. Menurut Fasal 8(d)(i) *Consent Guidelines*, pesakit juga mestilah mempunyai keupayaan untuk memahami maklumat yang diberikan. Hal ini bermakna pesakit mesti dapat memahami sifat dan akibat prosedur atau rawatan serta risiko dan faedah

yang terlibat. Keperluan ini juga perlu dibaca dengan seksyen 77(1) dan (5) Akta Kesihatan Mental 2001.

Pelanggaran *Consent Guidelines*, walaupun mungkin tidak semestinya mengakibatkan doktor untuk bertanggung di bawah tort kecuaiian, menyebabkan mereka boleh disiasat dan dikenakan hukuman tatatertib oleh MPM. Perkara ini disokong oleh seksyen 29(1) dan 30 Akta Perubatan 1971 yang memberikan bidang kuasa tatatertib dan kuasa mengenakan hukuman kepada MPM terhadap doktor.

4.2 *Izin Bermaklumat di United Kingdom*

Di bawah common law Inggeris, keizinan terhadap rawatan perubatan melintasi dua bentuk tindakan undang-undang sivil; iaitu bateri dan kecuaiian. Untuk mengelakkan liabiliti atas bateri, seseorang doktor mestilah mendapat keizinan sebenar daripada pesakit mereka. Walau bagaimanapun, ini tidak bermakna tugas doktor telah tamat di sini. Doktor-doktor juga mestilah membuat pendedahan lanjut untuk mengelakkan liabiliti atas kecuaiian.

4.2.1 *Pencerobohan terhadap Diri di United Kingdom*

Menurut Winfield and Jolowicz (1998), pencerobohan terhadap diri dibahagikan kepada serang sentuh, serangan dan salah tahanan. Serang sentuh merujuk perbuatan langsung defendan yang mempunyai kesan menyebabkan sentuhan dengan badan plaintif tanpa keizinannya (Trinidad 1982). Serangan pula merujuk perbuatan yang menyampaikan tanggapan bahawa kekerasan haram akan digunakan dengan segera.

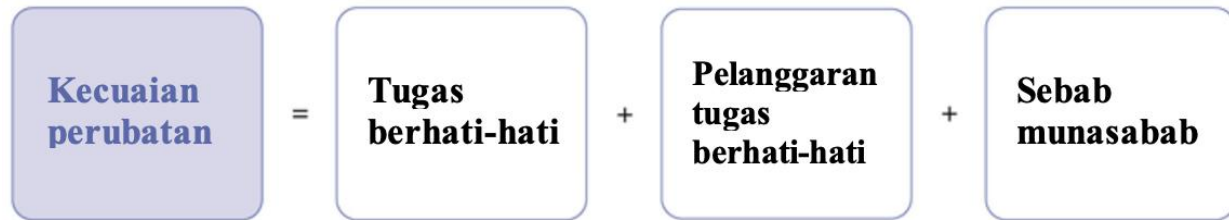
Kebanyakan tuntutan terhadap kegagalan doktor untuk memperolehi izin bermaklumat pesakit terhadap rawatan perubatan sepatutnya difailkan atas tort kecuaiian. Dalam kes *Hills v Potter and others* [1983] 3 All ER 716, tort serangan dan serang sentuh bukan kausa tindakan yang sesuai untuk tuntutan kecederaan peribadi atas kegagalan doktor untuk memaklumkan secara secukupnya kepada pesakit tentang sifat dan risiko daripada pembedahan yang dicadangkan. Sebaliknya tuntutan sedemikian harus dibawa berdasarkan tort kecuaiian.

Oleh itu, walaupun pencerobohan terhadap diri merupakan salah satu kausa tindakan yang boleh digantungkan oleh pesakit, ia jarang terpakai kerana doktor dalam kebanyakan kes telah memperolehi izin sebenar pesakit sebelum rawatan perubatan.

4.2.2 *Tort Kecuaiian Perubatan di United Kingdom*

Biasanya dalam kes kecuaiian perubatan, keizinan pesakit secukupnya untuk mengelakkan liabiliti bateri, tetapi pesakit sebaliknya mungkin mendakwa bahawa doktor telah cuai disebabkan kegagalannya untuk mendedahkan maklumat tentang risiko yang berkaitan dengan

rawatan. Apabila risiko yang tidak didedahkan timbul, pesakit yang terkilan biasanya akan mendakwa, “Doktor tidak memberitahu saya tentang risiko yang telah berlaku; sekiranya doktor tidak cuai, saya tidak akan memberi keizinan terhadap prosedur itu, dan saya sekarang telah mengalami kecederaan” (Laurie et al. 2019).



RAJAH 1: Elemen-elemen Kecuaian

Sumber: Samanta dan Samanta 2021

Di bawah undang-undang tort kecuaiian common law, elemen pertama yang perlu dibuktikan oleh seorang plaintif ialah wujud tugas berhati-hati antara defendan dengannya. Tugas berhati-hati bermaksud defendan sepatutnya mempunyai suatu kewajipan terhadap plaintif untuk memastikan plaintif tidak tercedera atau mengalami kerosakan (Winfield and Jolowicz 1998). Sama seperti di Malaysia, mahkamah di UK biasanya tidak mempunyai masalah untuk menerima hujahan bahawa wujud tugas berhati-hati oleh doktor terhadap pesakitnya disebabkan hubungan fidusiari.

Asalnya, tahap tugas berhati-hati yang dikenakan ke atas doktor di UK perlu dinilai berdasarkan kes *Bolam v Friern Hospital Management Committee* [1957] 1 WLR 583. Tiada pelanggaran tugas berhati-hati boleh berlaku jika perbuatan doktor yang menjadi isu telah memenuhi tahap tugas berhati-hati seperti yang digariskan dalam kes tersebut. Mahkamah dalam kes *Bolam* memutuskan bahawa ujian untuk menentukan tahap tugas berhati-hati bagi profesional perubatan terhadap pesakit adalah seperti berikut. Seorang doktor tidak akan melanggar tugas berhati-hatinya sekiranya dia telah bertindak dengan cara yang mengikut amalan yang diterima sebagai wajar oleh sekumpulan profesional perubatan yang mempunyai kepakaran dalam bidang tersebut. Jika ini telah dibuktikan, tidak mengapa jika ada kumpulan lain yang tidak bersetuju dengan amalan doktor (defendan) tersebut.

Selepas hampir tiga dekad, ujian *Bolam* telah dicabar dan ditafsir semula oleh Mahkamah di UK. Dalam kes *Bolitho v City & Hackney Health Authority* [1997] 4 All ER 771, mahkamah memutuskan bahawa mahkamah perlu berpuas hati bahawa pendapat-pendapat yang dipercayai boleh menunjukkan bahawa pendapat tersebut mempunyai asas yang logik. Khususnya dalam kes yang melibatkan pemberatan risiko terhadap faedah, hakim sebelum menerima sesuatu pendapat sebagai bertanggungjawab, munasabah atau dihormati, perlu berpuas hati bahawa, dalam membentuk pandangan mereka, pakar telah mengarahkan fikiran mereka kepada persoalan perbandingan risiko dan faedah dan telah mencapai kesimpulan yang boleh dipertahankan mengenai perkara itu.

Keputusan *Bolitho* membuka ruang kepada mahkamah untuk membuat keputusan yang muktamad sekiranya pakar-pakar perubatan yang memberi pendapat tentang amalan doktor dalam isu difikirkan sebagai kurang munasabah atau logik.

Selepas kes *Bolitho* diputuskan, mahkamah di UK telah lebih berani untuk menggunakan kaedah mencampur tangan dalam persoalan berkaitan dengan tugas doktor untuk mendedahkan risiko dan sifat prosedur rawatan kepada pesakit. Dalam kes *Marriott v West Midlands Regional Health Authority* [1999] Lloyed's Rep Med 23, Encik Marriott telah mengalami kecederaan di kepala dan tidak sedarkan diri selama kira-kira 30 minit. Dia dibawa ke hospital dan dibenarkan keluar keesokan harinya. Beberapa hari kemudian, dia mengalami gejala lanjut dan menghubungi pengamal amnya sendiri, yang gagal merujuknya ke hospital. Empat hari kemudian, pihak yang menuntut tidak sedarkan diri dan terpaksa menjalani pembedahan membuang bekuan darah besar di sekeliling otak. Ini menyebabkan dia hilang upaya kekal.

Kegagalan doktor dalam kes *Marriott* untuk merujuk telah dikritik oleh mahkamah. Walaupun sekumpulan pakar menyokong keputusannya, hakim perbicaraan menyimpulkan bahawa, memandangkan terdapat risiko intracranial lesion, satu-satunya tindakan yang berhemat adalah dengan memasukkan pesakit untuk siasatan lanjut. Ini amat penting memandangkan rujukan untuk penilaian pakar tidak akan membebaskan pengamal am seperti doktor dalam kes ini.

Sama seperti di Malaysia, pesakit tercedera yang ingin menuntut ganti rugi dalam kes kecuai perubatan juga perlu membuktikan kecederaan mereka adalah disebabkan oleh kecuai doktor untuk menasihati. Elemen sebab munasabah ini perlu dibuktikan seperti berikut: (i) pesakit telah mengalami kecederaan yang memburukkan lagi keadaannya berbanding jika prosedur itu tidak dilakukan; (ii) kecederaannya adalah wujudnya risiko yang tidak didedahkan secara cuai; dan (iii) jika dia telah dimaklumkan tentang risiko ini, dia (atau seorang pesakit munasabah) tidak akan memberi keizinan terhadap prosedur itu, dan kecederaan itu tidak akan berlaku.

4.2.3 Perbandingan Kedudukan Malaysia dengan United Kingdom

Mahkamah di Malaysia sentiasa menuju ke arah yang konsisten dengan keputusan kehakiman di United Kingdom berkaitan dengan isu izin bermaklumat. Misalannya, kes *Bolitho* merupakan prinsip yang tepat untuk diguna pakai dalam kes doktor menasihati pesakit tentang risiko material. Walaupun istilah izin bermaklumat tidak mempunyai apa-apa makna di sisi undang-undang United Kingdom, tugas berhati-hati tetap dikenakan ke atas setiap doktor untuk menasihati pesakit mereka dengan mencukupi. Di Malaysia, istilah izin bermaklumat pernah digunakan oleh mahkamah, terutamanya dalam kes *Foo Fio Na*. Namun, pada asasnya, pesakit yang tercedera di kedua-dua negara perlu memfailkan tuntutan mereka atas kausa tindakan tort kecuai di mahkamah untuk menuntut ganti rugi. Mekanisme seperti Majlis Perubatan Malaysia atau NHS di UK hanya menyediakan suatu forum kepada pesakit untuk mengadu salah laku doktor atau isu tata tertib perubatan. Pesakit tidak dapat memperolehi apa-apa ganti rugi dengan memfailkan aduan melalui cara ini.

4.3 *Izin Bermaklumat di Singapura*

Di Singapura, prinsip izin bermaklumat juga diiktiraf kerana setiap pesakit dewasa dan berkeupayaan layak diberi autonomi untuk menentukan apa yang dikira patut oleh diri sendiri terhadap badannya. Menurut Persatuan Perubatan Singapura (2013), adalah menjadi tanggungjawab doktor untuk meningkatkan kapasiti pesakit dengan menghilangkan halangan seperti halangan bahasa, pendengaran dan penglihatan yang lemah, dan kekurangan masa dan ruang untuk refleksi untuk membuat keputusan. Maklumat hendaklah sentiasa disediakan dalam bahasa yang mudah dan jelas yang membolehkan pesakit memahami dengan mudah.

4.3.1 *Tort Kecuaian Perubatan di Singapura*

Sama seperti di Malaysia, mahkamah Singapura telah mengguna pakai kedudukan yang terkini di United Kingdom mengenai isu tugas berhati-hati doktor untuk menasihati pesakit. Dalam kes *Hii Chii Kok v Ooi Peng Jin London Lucien and another* [2017] 2 SLR 492, Mahkamah Rayuan, memutuskan bahawa bidang perubatan mempunyai 3 aspek, iaitu diagnosis, menasihati dan merawat. Mahkamah tidak boleh menilai kesemua aspek menggunakan ujian dan kaedah yang sama. Perbezaan material antara ketiga-tiga aspek penjagaan perubatan adalah tahap kepasifan di pihak pesakit. Lazimnya, pesakit memainkan peranan yang lebih pasif berkenaan dengan aspek diagnosis dan rawatan, dan peranan yang lebih aktif berkenaan dengan aspek nasihat. Fungsi nasihat adalah untuk melengkapkan pesakit dengan maklumat yang dia perlukan untuk memutuskan kursus yang akan diambil. Pesakit bertanggungjawab kerana keputusan itu akhirnya dibuat olehnya.

Menurut mahkamah, ujian *Bolam* dengan tambahan *Bolitho* masih merupakan ujian yang sesuai berkaitan dengan aspek diagnosis dan rawatan, kerana ia memberikan pengiktirafan yang sewajarnya kepada realiti yang berterusan, dan mahkamah bukanlah tempat terbaik untuk menyelesaikan persoalan hebat yang dihadapi sains perubatan. Walau bagaimanapun, berkenaan dengan tugas untuk menasihati, mahkamah memutuskan bahawa ujian *Bolam* tidak lagi sesuai kerana kedua-dua profesion perubatan dan masyarakat secara amnya telah beralih daripada konsep pesakit sebagai penerima penjagaan pasif ke arah mengiktiraf autonomi pesakit sebagai prinsip kepentingan utama. Keseimbangan harus dicapai antara prinsip kebaikan dan prinsip autonomi pesakit, dan antara perspektif doktor dan perspektif pesakit, supaya kedua-duanya tidak mendominasi yang lain.

Kedudukan Singapura mengenai isu kecuaiian perubatan adalah agak komprehensif. Mahkamah telah mengambil kira perkembangan realiti dan tidak melupakan asas etika perubatan berkaitan dengan izin bermaklumat, iaitu autonomi pesakit.

4.3.2 *Perbandingan Kedudukan Malaysia dengan Singapura*

Singapura tidak mempunyai banyak keputusan kehakiman yang dibuat tentang isu izin bermaklumat pesakit terhadap rawatan perubatan. Namun demikian, Singapura berada dalam

kedudukan yang agak hadapan untuk menyelesaikan masalah pesakit dewasa terminal yang tidak mampu untuk memberi keizinan terhadap rawatan perubatan. Menurut Halsbury's Laws of Singapore (2016), Singapura merupakan negara Asia pertama yang menggubal undang-undang tentang arahan perubatan awal ("APA"). Di bawah Akta APA Singapura 1996, APA hanya boleh dibuat dalam keadaan penyakit terminal dan untuk tujuan menolak rawatan memanjangkan hayat. Sebaliknya, di Malaysia, isu APA masih belum dikawal selia oleh suatu undang-undang bertulis.

5. Kesimpulan

Setiap pesakit berhak untuk menentukan nasib sendiri dan membuat keputusan sama ada untuk menerima atau menolak rawatan perubatan yang dicadangkan oleh doktor. Hak ini adalah berdasarkan prinsip autonomi pesakit yang dijamin undang-undang dan juga diiktiraf dari segi etika perubatan. Malaysia, United Kingdom dan Singapura mempunyai kedudukan yang hampir sama dengan mengiktiraf hak pesakit untuk menuntut terhadap doktor mereka sekiranya kecuiaan perubatan telah dilakukan. Kesedaran dan pendidikan kepada pengguna sering dibangkitkan. Kesedaran kepada pesakit perlulah diterapkan supaya mereka boleh membuat keputusan untuk diri sendiri dengan efektif. Oleh itu, pendidikan dan kesedaran terhadap pesakit adalah penting supaya mereka tidak menjadi mangsa kepada kecuiaan perubatan.

Penghargaan

Penghargaan kepada Kementerian Pengajian Tinggi (Malaysia) kerana menyediakan pembiayaan penyelidikan di bawah GGPM-2021-041, GGP-2020-005, UU-2021-012, UU-2021-013, dan penghargaan khas kepada ahli kumpulan penyelidikan, Fakulti Undang-Undang UKM dan Inovasi@UKM.

Rujukan

- Akta Arahan Perubatan Awal 1996 (Singapura).
Akta Kesihatan Mental 2001.
Bolam v Friern Hospital Management Committee [1957] 1 WLR 582.
Bolitho v City & Hackney Health Authority [1997] 4 All ER 771.
Che Ngah, A. (2005). Informed consent in Malaysia : A Socio-Legal Study (Tesis).
Dennis Lee Thian Poh & 2 ors v Dr Michael Samy & Anor [2018] 6 AMR 429.
Dr. Premitha Damodaran v GTK & Anor and another appeal [2022] 3 MLJ 484.
Foo Fio Na v Dr Soo Fook Mun & anor [2007] 1 CLJ 229.
Gopal Singh, G.K. (2009). Obtaining Consent from Patients: The Gap between Law and Practice. (Tesis).
Hasan bin Datolah v Kerajaan Malaysia [2010] 2 MLJ 646.
Hii Chii Kok v Ooi Peng Jin London Lucien and another [2017] 2 SLR 492.
Hills v Potter and others [1983] 3 All ER 716.
Jackson, E. (2022). *Medical Law: Text, Cases and Materials* (Edisi ke-6). Oxford University Press.

- Jahn Kassim, P.N. (2021). *Medical Negligence in Malaysia: Cases and Commentary*. Thomson Reuters Asia.
- Laurie, G.T., Harmon, S.H.E. & Dove, E.S. (2019). *Mason and McCall Smith's Law and Medical Ethics* (Edisi ke-11). Oxford University Press.
- Mahendra, A. (2013). The Law of Medical Negligence. *Malayan Law Journal*, 1, cvi.
- Marriott v West Midlands Regional Health Authority* [1999] Lloyed's Rep Med 23.
- MMC Guideline: Consent for Treatment of Patients by Registered Medical Practitioners ("Consent Guidelines").
- Ng, C.J. et al. (2013). An Overview of Patient Involvement in Healthcare Decision-Making: A Situational Analysis of the Malaysian Context. *BMC Health Services Research*, 13, 408.
- Ng Eu Khoon v Dr Gwen Smith & Ors* [1991] 1 LNS 442.
- Ramanaidu a/l C Simansalom v Kerajaan Malaysia & Ors* [2011] MLJU 1199.
- Rogers v Whitaker* (1992) 175 CLR 479.
- Rogers, W.V.H. (pnyt.). (1998). *Winfield and Jolowicz on Tort* (Edisi ke-15). Sweet and Maxwell.
- Samanta, J. & Samanta, A. (2021). *Medical Law Concentrate: Law Revision and Study Guide*. Oxford University Press.
- Tengku Zainudin, T. N., Abdul Rahim, A., Rajamanickam, R. (2015). Consent to medical treatment and the Autonomous Power of Adult Patients: The Malaysian Legal Position. *Mediterranean Journal of Social Sciences*. <https://doi.org/10.5901/mjss.2015.v6n4s3p418>.
- Zahir, M. Z. M. (2021). Isu semasa dalam undang-undang perubatan dan kesihatan di Malaysia. (Current issues in medical and health law in Malaysia). Malaysia: UKM Press.
- Zahir, M. Z. M., Zainudin, T. N. A. T., Yaakob, H., Rajamanickam, R., Harunarashid, H., Shariff, A. A. M., Rahman, Z. A. & Hatta, M. (2019a). Hak pesakit bagi melaksanakan arahan awal perubatan: Suatu gambaran umum. (The patient's right to implement advance medical directive: an overview). *Sains Malaysiana*. 48(2): 353-359.
- Zahir, M. Z. M., Zainudin, T. N. A. T., Rajamanickam, R. & Rahman, Z. A. (2019b). Arahan Do Not Resuscitate (DNR) dalam sektor kesihatan dari perspektif undang-undang. (Do Not Resuscitate Instructions (DNR) order in the health sector from a legal perspective). *Journal of Southeast Asia Social Sciences and Humanities (Akademika)*. Malaysia. 89(2): 143-154.
- Zulhasnimar Hasan Basri & anor v Dr Kuppu Velumani P & Ors* [2017] 5 MLJ 438.