



Etika dan Hukum DALAM KESEHATAN

Hetty Ismailnar | Rizka Mutmaina | Dian Agnesa Sembiring | Taufik Hidayat
Miftahul Jannah | Mika Sugarni | Kemal Idris B | Devy Octaviana | Lisa Ernita
Lilis Handayani | Sitti Nurlyanti Sanwar | Sekar Ayu Runggandini
Sri Tungga Dewi | Nani Yuniar

EDITOR:

Dr. La Banudi, SST, M.Kes
Sapril, SKM., M.Sc





Etika dan Hukum DALAM KESEHATAN

Buku ini menjelaskan semua hal tentang yang berkaitan dengan etika dan hukum kesehatan serta aspek lain dengan keterkaitan yang berkesinambungan. Buku ini dapat dijadikan sebagai bahan bacaan atau referensi bagi mahasiswa kesehatan terutama bidang hukum kesehatan, praktisi kesehatan secara umum dan bagi peneliti di bidang kesehatan dan hukum secara luas. Buku ini terdiri dari 14 BAB yang disusun secara rinci sebagai berikut:

- Bab 1 Pengertian Etika dan Teori-teori Etika
- Bab 2 Kaidah dasar Etika dan Prinsip Prima Facie
- Bab 3 Azas-azas Hukum dalam Pelayanan Kesehatan
- Bab 4 Hukum dan Bioetik
- Bab 5 Penyelenggaraan Hukum dan HAM
- Bab 6 Malpraktik dan Tindakan Pencegahannya
- Bab 7 Aspek Hukum Pelayanan Kesehatan
- Bab 8 Etika Organisasi dengan Profesi Terkait
- Bab 9 Hak Asasi Kesehatan
- Bab 10 Prinsip-prinsip Kerahasiaan
- Bab 11 Rekam Medis dan *Informed Consent*
- Bab 12 *Patient Safety*
- Bab 13 Hak dan Kewajiban (Nakes, Pasien, dan Rumah sakit)
- Bab 14 Hukum Asuransi Kesehatan (SJSN)

ETIKA DAN HUKUM DALAM KESEHATAN

Dr. Hetty Ismainar, S.K.M., M.P.H.
Rizka Mutmaina, S.Tr.Keb., M.Keb.
Dian Agnesa Sembiring, S.K.M., M.A.R.S.
dr. Taufik Hidayat, M.Sc, Sp.FM, M.Sc.
Miftahul Jannah, S.H., M.H.
Mika Sugarni, S.Tr.Keb., M.Keb.
Kemal Idris B, S.H., M.H.
Devy Octaviana, S.ST, M.H.
Lisa Ernita, S.SiT., M.Keb.
Lilis Handayani, S.K.M., M.Kes.
Sitti Nurlyanti Sanwar, S.ST., M.Hkes.
drg. Sekar Ayu Runggandini, S.K.G., MARS.
Sri Tungga Dewi, S.K.M., M.M.R.
Dr. Nani Yuniar, M.Kes.



PENERBIT CV.EUREKA MEDIA AKSARA

ETIKA DAN HUKUM DALAM KESEHATAN

- Penulis** : Dr. Hetty Ismainar, S.K.M., M.P.H. | Rizka Mutmaina, S.Tr.Keb., M.Keb. | Dian Agnesa Sembiring, S.K.M., M.A.R.S. | dr. Taufik Hidayat, M.Sc, Sp.FM, M.Sc. | Miftahul Jannah, S.H., M.H. | Mika Sugarni, S.Tr.Keb., M.Keb. | Kemal Idris B, S.H., M.H. | Devy Octaviana, S.ST, M.H. | Lisa Ernita, S.SiT., M.Keb. | Lilis Handayani, S.K.M., M.Kes. | Sitti Nurlyanti Sanwar, S.ST., M.Hkes. | drg. Sekar Ayu Runggandini, S.K.G., M.A.R.S. | Sri Tungga Dewi, S.K.M., M.M.R | Dr. Nani Yuniar, M.Kes.
- Editor** : Dr. La Banudi, S.ST., M.Kes.
Sapril, S.K.M., M.Sc.
- Desain Sampul** : Eri Setiawan
- Tata Letak** : Nur Aisah
- ISBN** : 978-623-151-961-0

Diterbitkan oleh : **EUREKA MEDIA AKSARA, DESEMBER 2023**
ANGGOTA IKAPI JAWA TENGAH
NO. 225/JTE/2021

Redaksi:

Jalan Banjaran, Desa Banjaran RT 20 RW 10 Kecamatan Bojongsari
Kabupaten Purbalingga Telp. 0858-5343-1992

Surel : eurekamediaaksara@gmail.com

Cetakan Pertama : 2023

All right reserved

Hak Cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak atau memindahkan sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun dan dengan cara apapun, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan teknik perekaman lainnya tanpa seizin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis Panjatkan Kehadirat Allah SWT, yang telah memberikan Rahmat Serta Karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan buku yang berjudul ETIKA DAN HUKUM KESEHATAN.

Buku ini menjelaskan semua hal tentang yang berkaitan dengan etika dan hukum kesehatan serta aspek lain dengan keterkaitan yang berkesinambungan. Buku ini dapat dijadikan sebagai bahan bacaan atau referensi bagi mahasiswa kesehatan terutama bidang hukum kesehatan, praktisi kesehatan secara umum dan bagi peneliti di bidang kesehatan dan hukum secara luas. Buku ini terdiri dari 14 BAB yang disusun secara rinci sebagai berikut:

Bab 1 Pengertian Etika dan Teori-teori Etika

Bab 2 Kaidah dasar Etika dan Prinsip Prima Facie

Bab 3 Azas-azas Hukum dalam Pelayanan Kesehatan

Bab 4 Hukum dan Bioetik

Bab 5 Penyelenggaraan Hukum dan HAM

Bab 6 Malpraktik dan Tindakan Pencegahannya

Bab 7 Aspek Hukum Pelayanan Kesehatan

Bab 8 Etika Organisasi dengan Profesi Terkait

Bab 9 Hak Asasi Kesehatan

Bab 10 Prinsip-Prinsip Kerahasiaan

Bab 11 Rekam Medis dan *Informed Consent*

Bab 12 *Patient Safety*

Bab 13 Hak dan Kewajiban (Nakes, Pasien, dan Rumah sakit)

Bab 14 Hukum Asuransi Kesehatan (SJSN)

Akhir kata, penulis ucapkan terima kasih pada semua pihak yang telah berperan dalam penyusunan buku ini selama proses pengerjaannya. Semoga Allah SWT senantiasa memberikan kemudahan dalam setiap urusan kita. Aamiin.

Pekanbaru, 17 November 2023

Tim Penulis.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI	iv
BAB 1 PENGERTIAN ETIKA DAN TEORI-TEORI ETIKA.....	1
A. Pendahuluan	1
B. Pengertian Etika	2
C. Perkembangan Etika	4
D. Teori Etika	5
E. Landasan Etika	9
F. Macam-macam Etika	10
G. Asas Etika Medis	11
DAFTAR PUSTAKA.....	13
BAB 2 KAIDAH DASAR ETIKA DAN PRINSIP <i>PRIMA</i>	
<i>FACIE</i>	15
A. Gambaran Umum Kaidah Etika	15
B. Penerapan Kaidah Dasar Etika	16
C. Prinsip Prima Faice	16
DAFTAR PUSTAKA.....	24
BAB 3 ASAS-ASAS HUKUM DALAM PELAYANAN	
KESEHATAN	25
A. Pendahuluan	25
B. Asas-asas Hukum dalam Pelayanan Kesehatan	26
DAFTAR PUSTAKA.....	36
BAB 4 HUKUM DAN BIOETIKA.....	38
A. Pendahuluan	38
B. Sejarah Perkembangan Hukum Kesehatan atau Hukum Kedokteran di Indonesia	39
C. Pengertian dan Fungsi Hukum Kesehatan atau Hukum Kedokteran	40
D. Pengertian Bioetika	42
E. Sejarah Perkembangan Bioetika	42
F. Beberapa Masalah Bioetika dalam Bidang Kesehatan	45
DAFTAR PUSTAKA.....	49

BAB 5 PELANGGARAN HUKUM DAN PELANGGARAN	
HAM	50
A. Pendahuluan	50
DAFTAR PUSTAKA	61
BAB 6 MALPRAKTIK DAN TINDAKAN	
PENCEGAHANNYA	63
A. Pendahuluan	63
B. Definisi Malpraktik	64
C. Malpraktik Medik	66
D. Jenis Malpraktik	67
E. Penyebab Malpraktik	74
F. Tindakan Pencegahan Malpraktik	75
DAFTAR PUSTAKA	78
BAB 7 ASPEK HUKUM PELAYANAN KESEHATAN	79
A. Pendahuluan	79
B. Aspek Hukum Hubungan Rumah Sakit dengan Pasien	80
C. Aspek Hukum Hubungan Dokter dengan Pasien	84
D. Aspek Hukum Hubungan Perawat dengan Pasien	90
E. Aspek Hukum Hubungan Bidan dengan Pasien	94
DAFTAR PUSTAKA	98
BAB 8 ETIKA ORGANISASI DENGAN PROFESI	
TERKAIT	99
A. Pendahuluan	99
B. Pengertian Etika Organisasi	99
C. Etika	101
D. Keprofesian	103
E. Manfaat Etika Organisasi dengan Profesi Terkait	104
F. Tujuan Etika Organisasi dengan Profesi Terkait	105
G. Hubungan Etika Organisasi dengan Profesi Terkait	107
DAFTAR PUSTAKA	110
BAB 9 HAK ASASI KESEHATAN	112
A. Pendahuluan	112
B. Lahirnya Hak Atas Kesehatan	114
C. Prinsip-prinsip Hak Asasi Kesehatan	119
D. Implementasi Hak Asasi Kesehatan	121

E. Tantangan dan Solusi dalam Perlindungan Hak Asasi Kesehatan	122
DAFTAR PUSTAKA.....	125
BAB 10 PRINSIP-PRINSIP KERAHASIAAN	127
A. Pendahuluan	127
B. Kerahasiaan (<i>Privacy</i>)	129
C. Prinsip-prinsip Kerahasiaan	133
DAFTAR PUSTAKA.....	138
BAB 11 REKAM MEDIS DAN INFORMED CONSENT	140
A. Pendahuluan	140
B. Rekam Medis	141
C. <i>Informed Consent</i>	146
DAFTAR PUSTAKA.....	156
BAB 12 PATIENT SAFETY (KESELAMATAN PASIEN)	157
A. Pendahuluan	157
B. Definisi <i>Patient Safety</i>	159
C. Sasaran Keselamatan Pasien	160
D. Standar Keselamatan Pasien	163
E. Pentingnya Manajemen <i>Patient Safety</i>	167
F. Tujuan dan Pelaksanaan Manajemen Risiko	168
G. Manajemen <i>Patient Safety</i>	169
DAFTAR PUSTAKA.....	171
BAB 13 HAK DAN KEWAJIBAN (TENAGA KESEHATAN, PASIEN, DAN RUMAH SAKIT)	172
A. Pendahuluan	172
B. Hak dan Kewajiban Tenaga Kesehatan.....	174
C. Hak dan Kewajiban Pasien	178
D. Hak dan Kewajiban Rumah Sakit	180
DAFTAR PUSTAKA.....	182
BAB 14 HUKUM ASURANSI KESEHATAN (SJSN).....	183
A. Pendahuluan	183
B. Pengertian SJSN.....	184
C. Landasan Yuridis SJSN.....	185
D. Prinsip SJSN	187
E. Program SJSN	188
F. Organisasi SJSN	189

G. Cara Kerja SJSN.....	194
DAFTAR PUSTAKA	198
TENTANG PENULIS	199



ETIKA DAN HUKUM DALAM KESEHATAN

Dr. Hetty Ismainar, S.K.M., M.P.H.

Rizka Mutmaina, S.Tr.Keb., M.Keb.

Dian Agnesa Sembiring, S.K.M., M.A.R.S.

dr. Taufik Hidayat, M.Sc, Sp.FM, M.Sc.

Miftahul Jannah, S.H., M.H.

Mika Sugarni, S.Tr.Keb., M.Keb.

Kemal Idris B, S.H., M.H.

Devy Octaviana, S.ST, M.H.

Lisa Ernita, S.SiT., M.Keb.

Lilis Handayani, S.K.M., M.Kes.

Sitti Nurlyanti Sanwar, S.ST., M.Hkes.

drg. Sekar Ayu Runggandini, S.K.G., MARS.

Sri Tungga Dewi, S.K.M., M.M.R.

Dr. Nani Yuniar, M.Kes.



BAB

1

PENGERTIAN ETIKA DAN TEORI- TEORI ETIKA

Dr. Hetty Ismainar, S.K.M., M.P.H.

A. Pendahuluan

Manusia merupakan makhluk hidup yang memiliki banyak kebutuhan budaya yang beragam, kebutuhan tersebut dapat terpenuhi sepenuhnya jika nilai moral ditempatkan dalam kehidupan bermasyarakat. Hubungan antar manusia harus diikat dengan ikatan moral agar masyarakat dapat tumbuh dalam kehidupan bermasyarakat yang aman dan tenteram. Hubungan antar manusia juga harus dilandasi landasan moral yang baik, menerapkan aturan-aturan yang sesuai dengan standar yang berlaku di lingkungan sekitar. Sebab nilai-nilai yang dilindungi masyarakat menjadi acuan kebenaran dan kebaikan, acuan penyelenggaraan kehidupan pribadi dan pengelolaan hubungan antar manusia, serta antara manusia dengan alam lingkungannya.

Prinsip etika merupakan alat orientasi dan pedoman hidup serta alat kendali yang paling efektif untuk mengarahkan kehidupan manusia dalam pergaulan sehari-hari. Manusia tidak menjalankan dengan baik dan sempurna moralitas yang ada pada diri setiap manusia. Orang tersebut adalah orang yang selalu berbuat buruk, perbuatan buruk, oleh karena itu orang tersebut akan merendahkan kehormatan dan martabatnya (Bertens, 2003).

B. Pengertian Etika

Secara etimologis, etika berasal dari kata Yunani *ethos* yang berarti karakter moral atau adat istiadat. Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), etika diartikan sebagai ilmu tentang prinsip-prinsip moral. Dari segi terminologi, etika mempunyai banyak ungkapan, semua tergantung sudut pandang masing-masing ahli (Pusat Bahasa Departemen Pendidikan Nasional, 2008).

Etika merupakan suatu aturan yang mengatur kehidupan manusia dalam menjalin hubungan dengan orang lain dalam bentuk interaksi sosial. Etika sangat penting karena menjadi tolok ukur setiap orang dan kepribadiannya. Jika manusia tidak mempunyai moralitas, maka hidupnya tidak ada artinya lagi. milik orang lain. Etika tidak hanya bertujuan untuk mengatur hubungan tetapi juga mengatur cara hidup manusia sebagai individu yang berharga di mata individu lain, sebagai entitas sosial (Harahap, 2017).

Oleh karena itu etika dan hukum kesehatan mempunyai hubungan yang erat satu sama lain, etika merupakan peraturan yang tidak tertulis atau tertulis, sedangkan hukum kesehatan merupakan peraturan tertulis yang mempertimbangkan pelayanan kesehatan. Kesehatan merupakan pedoman dalam memberikan pelayanan medis kepada pasien, karena kesehatan merupakan kebutuhan penting bagi semua orang. masyarakat dilindungi secara terpelihara, dari perlakuan sewenang-wenang oleh pelayanan kesehatan, termasuk dengan bertindak berdasarkan anjuran, dengan melaksanakan tugas secara profesional, dengan menjaga kebersihan, baik sebelum maupun sesudah intervensi (Bachri & Nuraeni, 2021).

Pengertian etika menurut para ahli:

1. Menurut K.Bertens: Etika adalah nilai dan standar moral yang menjadi pedoman bagi seseorang atau kelompok untuk mengatur perilakunya.
2. Menurut W.J.S. Puisi: Etika adalah ilmu yang mempelajari prinsip-prinsip moral (moralitas).

3. Menurut Prof.Dr. Franz Magnis Suseno: Etika merupakan ilmu yang mencari petunjuk atau pengetahuan untuk memberikan arah dan landasan bagi tindakan manusia.
4. Menurut Ramali dan Pamuncak: Etika adalah pengetahuan tentang perilaku yang benar dalam suatu profesi.
5. Menurut H.A.Mustafa: Etika merupakan ilmu yang mempelajari apa yang baik dan apa yang buruk dengan mengamati perbuatan manusia sejauh yang dapat diketahui oleh pikiran.
6. Menurut Maryani dan Ludigdo: Etika adalah seperangkat aturan, standar atau pedoman yang mengatur perilaku manusia, baik apa yang boleh dilakukan maupun apa yang harus ditinggalkan, yang diikuti oleh suatu kelompok, sekelompok orang atau profesi.
7. Menurut Aristoteles dalam bukunya yang berjudul *Nicomachean Ethics*, pengertian etika terbagi menjadi dua, yaitu *Terminus Technicus*, artinya etika dipelajari sebagai ilmu yang mempelajari masalah-masalah tindakan atau perbuatan manusia. dan yang kedua, khusus Tata Krama dan Adat istiadat, meliputi pembahasan etika mengenai tata cara dan kebiasaan (adat istiadat) yang melekat pada fitrah manusia (*inherent in human nature*) yang berkaitan dengan pengertian "baik dan jahat" dalam tingkah laku manusia atau tindakan.

Istilah lain yang sinonim dengan etika adalah: Etika adalah moralitas (Sansekerta), yang mengungkapkan landasan, prinsip, dan aturan untuk kehidupan yang lebih baik. Etika dalam bahasa Arab adalah akhlak yang berarti etika. Menurut Manner and Custom, pembahasan etika menyangkut tata cara dan kebiasaan yang melekat pada sifat manusia (*Inherent in Human Nature*) yang berkaitan dengan pemahaman "benar dan salah" dalam cara menyikapi tingkah laku atau tindakan manusia.

C. Perkembangan Etika

1. Tahap Praetik atau Pramoral

Perkembangan etika terjadi sejak dini dalam keluarga. Pada tahap ini anak menyadari bahwa perbuatan baik dan buruk erat kaitannya dengan sikap dan perilaku orang tuanya. Seorang anak akan mengakui perbuatan baik jika apa yang dilakukannya mendapat hadiah atau pujian dari orang tuanya. Namun sebaliknya, perbuatan seorang anak tidak akan baik apabila perbuatannya mendapat hukuman dan dikritik oleh orang tuanya. Dalam konteks ini, perbuatan anak tidak dapat dikatakan bermoral atau tidak bermoral, karena anak hanya sekedar mempelajari perbuatan yang baik dan buruk. Oleh karena itu, perkembangan moral pada tingkat ini disebut “tahap pra-moral”.

2. Tahap Prakonvensional

Pada tahap ini, tindakan anak mulai didasarkan pada standar-standar umum yang berlaku di kelompok sosialnya (sekolah), tidak hanya terbatas pada standar keluarga dan orang tua saja, namun lebih luas lagi, guru, teman. Bahkan guru dan teman menjadi bahan referensi terbaik bagi anak pada tahap ini. Oleh karena itu, perkembangan moral pada tahap ini disebut “tahap pra-konvensional”.

3. Tahap Konvensional

Di masa dewasa, ketika pemahaman seseorang terhadap kelompok telah meluas ke kelompok yang lebih kompleks (suku, agama, kebangsaan, dll). Perilaku dan perbuatan yang baik dan buruk tidak hanya sesuai dengan etika (norma tertulis) tetapi juga mencakup norma tertulis dari kolektif dan masyarakat, khususnya peraturan dan undang-undang. Oleh karena itu, perilaku yang baik adalah perilaku yang menghormati aturan hukum kelompok besar.

4. Tahap Pasca Konvensional (otonom)

Pada tahap ini terjadi penerimaan tanggung jawab pribadi atas dasar moralitas, etika atau prinsip hati nurani yang lebih otonom atau independen. Oleh karena itu, perilaku pada tingkat ini umumnya tidak sama, atau bahkan

berlawanan, dengan perilaku kelompok. Pada titik ini, seseorang mempunyai keberanian untuk berperilaku berbeda dari kelompoknya, karena mereka yakin bahwa kelompoknya belum tentu benar.

D. Teori Etika

Etika sebagai suatu disiplin ilmu berkaitan dengan studi kritis tentang baik atau buruknya perilaku, nilai-nilai dan norma-norma perilaku manusia. Masih banyak teori dalam etika yang mencoba menjelaskan suatu tindakan, sifat atau objek perilaku dari sudut pandang atau sudut pandang yang berbeda. Berikut beberapa teori etika (Suhairi, 2017); (Purnama, 2017); (Walschots & Dyck, 2015) :

1. Teori Egoisme

Ada dua konsep yang terkait dengan teori egoisme. *Pertama*, egoisme psikologis merupakan teori yang menjelaskan bahwa segala tindakan manusia dilatarbelakangi oleh kepentingan diri sendiri. Menurut teori ini, orang mungkin percaya bahwa beberapa tindakan mereka adalah mulia dan rela berkorban, namun semua tindakan yang tampak mulia dan/atau rela berkorban hanyalah ilusi (Rachels, 2004).

Faktanya, setiap orang hanya peduli pada dirinya sendiri. Menurut teori ini, tidak ada yang namanya tindakan yang benar-benar altruistik, yaitu suatu tindakan yang peduli terhadap orang lain atau mendahulukan kepentingan orang lain dengan mengorbankan orang lain. *Kedua*, egoisme etis merupakan tindakan mementingkan diri sendiri, tindakan egois ditandai dengan mengabaikan atau merugikan kepentingan orang lain, sedangkan tindakan egois tidak selalu merugikan kepentingan orang lain.

Poin utama dari posisi egoisme etis adalah bahwa egoisme etis tidak berarti bahwa orang harus melindungi kepentingannya sendiri. Egoisme etis hanya percaya bahwa satu-satunya kewajiban adalah kepentingan diri sendiri. Meskipun egoisme etis percaya bahwa satu-satunya

tanggung jawab Anda adalah melindungi kepentingan Anda sendiri, egoisme etis juga tidak berarti bahwa Anda harus menghindari membantu orang lain.

Menurut egoisme etis, menolong orang lain dianggap menolong diri sendiri karena bermanfaat bagi kepentingan orang lain dengan kepentingan diri sendiri, maka membantu orang lain sebenarnya adalah memenuhi kepentingan diri sendiri. Hakikat egoisme etis adalah bila ada suatu perbuatan yang bermanfaat bagi orang lain, maka manfaat bagi orang lain itu bukanlah alasan yang menjadikan perbuatan itu benar. Apa yang menjadikan suatu tindakan benar adalah tindakan itu menguntungkan dirinya sendiri.

Alasan yang mendukung teori egoisme adalah bahwa altruisme merugikan diri sendiri. Peduli terhadap orang lain berarti secara menghina mencampuri kepentingan diri sendiri. Cinta terhadap orang lain juga menurunkan harkat dan martabatnya. Pandangan yang mementingkan diri sendiri adalah pandangan yang paling konsisten dengan moralitas rasional biasa. Pada akhirnya, tindakan dapat dijelaskan dengan prinsip kepentingan pribadi yang mendasar.

Alasan teori egoisme etis yang menentang bahwa teori tersebut tidak dapat menyelesaikan konflik kepentingan. Kita butuh aturan moral, karena pada kenyataannya sering terjadi konflik kepentingan. Keegoisan etis bersifat sewenang-wenang. Keegoisan etis dapat digunakan sebagai pembenaran tentang asal usul rasisme.

2. Teori Utilitarianisme

Berdasarkan teori ini, suatu tindakan dikatakan baik apabila memberikan manfaat bagi sebanyak-banyaknya anggota masyarakat (*the Greatest Happiness of the Greatest Number*). Pengertian utilitarianisme adalah sebagai berikut: (1) ukuran baik atau tidaknya suatu tindakan dilihat dari akibat, akibat atau tujuan dari tindakan itu, (2) Akibat dari tindakan tersebut. Aktivitas diukur, bertindak, satu-satunya parameter penting adalah besarnya kebahagiaan atau

ketidakbahagiaan, (3) Kesejahteraan setiap orang sama pentingnya. Perbedaan antara utilitarianisme dan egoisme etis terletak pada siapa yang diuntungkan. Egoisme etis melihatnya dari sudut pandang kepentingan individu, sedangkan utilitarianisme melihatnya dari sudut pandang kepentingan bersama (Suhairi, 2017).

Kritik untuk teori Utilitarianisme antara lain: Utilitarianisme hanya menekankan tujuan atau keuntungan dalam mencapai kebahagiaan duniawi dan mengabaikan aspek spiritual. Utilitarianisme mengorbankan prinsip keadilan dan hak-hak individu atau minoritas dan menguntungkan banyak orang.

Etika utilitarianisme menekankan bahwa seseorang dapat melakukan hal-hal yang melanggar etika untuk mendapatkan keuntungan tanpa mempertimbangkan apakah tindakan tersebut akan merugikan orang lain atau tidak. Hal ini menyebabkan kesenjangan yang cukup besar antara mayoritas dan minoritas akibat buruknya perlakuan tidak setara dibandingkan dengan kelas menengah ke bawah. Dan kelompok mayoritas juga tidak melihat apakah tindakan yang diambil akan merugikan kelompok minoritas.

3. Teori Deontologi

Paradigma teori deontologis berbeda dengan konsep egoisme dan utilitarianisme, yang keduanya menilai apakah suatu tindakan bermanfaat bagi individu (egoisme) atau banyak orang/kelompok yang hidup dalam masyarakat (utilitarianisme), sehingga tindakan tersebut dikatakan etis. Sebaliknya, apabila akibat suatu tindakan merugikan seseorang atau sebagian besar kelompok masyarakat, maka tindakan tersebut dikatakan tidak etis. Teori yang mengevaluasi tindakan berdasarkan hasil, akibat atau tujuan tindakan disebut teori teleologis.

Etika deontologis menekankan pada kewajiban seseorang untuk bertindak dengan baik. Menurut teori ini dikatakan bahwa suatu tindakan itu baik, bukan karena tindakan itu mempunyai akibat yang baik, tetapi karena

tindakan itu sendiri baik. Misalnya, manusia menyembah Tuhan karena memang kewajiban manusia untuk menyembah Tuhannya, bukan karena ada pahalanya. Selain itu, kewajiban orang yang menganut dan meyakini agamanya adalah beribadah, menunaikan perintahnya, dan menjauhi larangannya.

Deontologi sebenarnya mengatakan bahwa etis atau tidaknya suatu tindakan tidak ada hubungannya dengan tujuan, akibat atau hasil dari tindakan itu. Konsekuensi pencemaran nama baik tidak boleh dipertimbangkan ketika mengevaluasi apakah suatu tindakan etis atau tidak. Kewajiban moral harus dipenuhi demi kewajiban itu sendiri, bukan untuk mencapai tujuan atau kewajiban kebahagiaan. Moralitas diperintahkan oleh Tuhan. Moralitas harus mandiri dan berpusat pada nalar manusia yang berdasarkan pada akal sehat manusia, artinya kewajiban moral yang mutlak adalah wajar.

Meskipun teori deontologis tidak lagi menghubungkan kriteria kebaikan moral dengan tujuan tindakan seperti halnya teori egoisme dan totalitarianisme, namun teori tersebut juga mendapat kritik tajam, terutama dari para sarjana agama. Mencoba membangun teorinya hanya berdasarkan pemikiran rasional, berdasarkan asumsi bahwa hal itu disebabkan oleh manusia. Secara bermartabat, perlakuan terhadap setiap orang oleh orang lain harus didasarkan pada kewajiban moral universal. Tidak ada tujuan selain memenuhi kewajiban moral demi kepentingan mereka sendiri.

4. Etika Evolusionisme

Etika evolusioner adalah sebuah konsep yang merupakan hasil evolusi. Pandangan lain mengatakan bahwa manusia hanya mampu mengenali suatu gejala, padahal di balik gejala itu terdapat landasan mutlak bagi perkembangan moral di suatu tempat dan juga bagi evolusi di tempat itu. Evolusi adalah perubahan kecil, lambat, kumulatif yang terjadi dengan sendirinya dan memakan waktu lama. Evolusi

sosial adalah perubahan yang dihasilkan dari upaya masyarakat untuk beradaptasi terhadap kebutuhan, keadaan, dan kondisi baru yang muncul seiring dengan adanya perkembangan masyarakat (Benny, 2017).

Teori evolusi dapat dibagi menjadi tiga kategori:

- a. *Unilinear theories of evolution*. Teori ini berpendapat bahwa manusia dan masyarakat (termasuk kebudayaan) mengalami perkembangan melalui tahapan-tahapan tertentu, dari bentuk yang sederhana ke tahapan yang lebih kompleks hingga akhirnya menjadi sempurna.
- b. *Universal theory of evolution*. Teori ini meyakini bahwa pembangunan sosial tidak serta merta melalui tahap-tahap perkembangan tertentu yang tetap.
- c. *Multilined theories of evolution*. Teori ini lebih menekankan pada studi tentang tahap-tahap perkembangan tertentu dalam evolusi masyarakat.

E. Landasan Etika

Faktor-faktor yang menjadi landasan etika yaitu: (Suhaid *et al.*, 2022):

1. Nilai

Nilai mengacu pada sesuatu yang bernilai dan mempunyai arti positif. Nilai mempunyai tiga ciri, antara lain: berkaitan dengan subjek, muncul dalam konsep praktis ketika ada keinginan untuk melakukan sesuatu dan berhubungan dengan sifat.

2. Norma

Ini adalah keyakinan atau aturan yang relevan secara sosial dalam suatu komunitas dan digunakan sebagai pedoman dan kontrol untuk perilaku yang pantas dan dapat diterima.

3. Sosial Budaya

Lingkungan ini terbentuk dan berkembang melalui konstruksi sosial dalam kelompok yang akan dipengaruhi dari perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

4. Religius

Spiritualitas merupakan landasan dasar yang memegang ajaran diadopsi oleh para anggotanya. Faktor ini mungkin saja terjadi motivasi yang kuat untuk mengamalkan moralitas dan etika.

5. Regulasi

Pengaruh terhadap kebijakan dari pemerintah atau pemangku kepentingan ini dapat memandu perubahan dan pengembangan etika.

F. Macam-macam Etika

1. Etika Umum. Adalah etika yang berkaitan dengan kondisi etika dasar perilaku manusia. Etika secara umum juga mengacu pada bagaimana orang membuat keputusan etis, teori etika, dan prinsip moral dasar yang memandu perilaku masyarakat.
2. Etika Khusus. Adalah suatu bentuk etika yang menerapkan konsep moral konvensional pada situasi kehidupan tertentu. Etika khusus dibedakan menjadi dua jenis: Etika pribadi, yaitu etika yang menyangkut tugas dan sikap manusia terhadap dirinya sendiri. Etika sosial yaitu etika, yang menitikberatkan pada tugas, sikap dan perilaku manusia sebagai anggota masyarakat.
3. Etika Deskriptif adalah keseluruhan yang mencakup perilaku dan tindakan manusia secara kritis dan rasional serta apa yang diinginkan manusia dalam hidup, apa yang diyakini berguna dalam kehidupan.
4. Etika normatif merupakan salah satu jenis etika yang bertujuan untuk mendefinisikan berbagai perilaku dan perilaku baik yang harus dimiliki seseorang dalam hidup sebagai nilai-nilai moral yang harus diperhatikan dalam kelompok sosial.
5. Etika profesional adalah etika yang Anda ikuti sebagai karyawan atau anggota profesional. Misalnya jurnalis, dokter, pengacara, dan lain-lain. Etika tersebut dapat dipatuhi jika bagian dari lingkungan profesional atau jika

dididik atau dilatih untuk bekerja dalam profesi tertentu. Mengabaikan prinsip-prinsip etika profesional dapat merusak reputasi profesional pelaksananya.

G. Asas Etika Medis

Petugas medis dan para medis dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan perlu memahami dan menjalankan tugas berlandaskan pada asas etika medis berikut ini: (Nasrun, 2022); (Suhaid *et al.*, 2022); (Hidana *et al.*, 2020):

1. Prinsip Otonomi

Otonomi berarti kebebasan untuk memutuskan memiliki apa yang kamu inginkan tentang dirimu. Itu benar hak dan keistimewaan pasien dalam pelayanan kesehatan petugas kesehatan Hormati otonomi pasien memahami bahwa profesional kesehatan berkomitmen mendukung pasien untuk meminumkanya keputusan tentang semua aspek pelayanan kesehatan

2. Prinsip Keadilan (*Justice*)

Hukum adalah prinsip dasar masyarakat kehidupan Prinsip ini berasal dari Hak Asasi Manusia (HAM). diatur dengan amandemen UUD 1945 yang menyatakan Setiap orang berhak menerima layanan kesehatan yang baik, karena kesehatan adalah hak sama bagi semua warga negara. Prinsip ini melindungi pasien/klien menerima pelayanan kebutuhannya.

3. Asas Kejujuran (*Veracity*)

Hubungan yang berkembang antara petugas kesehatan dan pasien dalam pelayanan kesehatan ada rasa percaya. Prinsip ini menciptakan layanan diberikan sesuai dengan kebutuhan yang dinyatakan pasien. Ini adalah prinsip yang paling penting dalam pelayanan kesehatan.

4. Asas Legalitas

Penyelenggara kesehatan dan pelaksana dalam pelayanan kesehatan harus memenuhi persyaratan dan izin yang diberikan di bagian tersebut wewenang dan yurisdiksi

dilakukan oleh para profesional kesehatan para medis maupun non medis.

5. Asas Tidak Merugikan (*Non-Maleficence*)

Dalam pemberian pelayanan tidak mengarah pada tindakan yang merugikan dan membahayakan keselamatan pasien. Dalam hal itu layanan tersebut tidak boleh merugikan pasien selama masa pengobatan dan pemberian layanan.

6. Asas Berbuat Baik (*Beneficence*)

Istilah lain untuk azas ini adalah kemurahan hati tenaga kesehatan, yaitu artinya memiliki tanggung jawab untuk selalu berbuat baik dan menguntungkan pasien.

7. Asas Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Prinsip ini menjadi landasan yang menjamin independensi pasien. Layanan kesehatan tidak membahas situasi ini pasien secara langsung kepada siapapun orang yang tidak terlibat dalam pemeliharaan pasien kecuali informasi tersebut diperlukan tindakan perlindungan keselamatan bagi pasien dan penyelenggara pemeliharaan kesehatan.

8. Asas Ketaatan (*Fidelity*)

Azas ini bisa ditafsirkan sebagai bentuk tanggung jawab sebagai kewajiban. Bentuk tanggung jawabnya bisa berupa menepati janji, tetap percaya diri, kepedulian, mempertahankan kepercayaan, dan memberikan perhatian terhadap profesionalisme dalam layanan.

DAFTAR PUSTAKA

- Bachri, S., & Nuraeni. (2021). Artikel Riset Etika dan Hukum Kesehatan. *Jurnal Berita Kesehatan*, 14(2), 1–15.
- Benny. (2017). Implementasi Etika Bisnis pada PT. Pendawa Polysindo Perkasa. *Jurnal AGORA*, 5(3), 1–15.
- Bertens, K. (2003). *Keprihatinan Moral Telaah atas Masalah Etika*. Kanisius.
- Harahap, R. A. (2017). *Buku Etika dan Hukum Kesehatan*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Islam Negeri Sumatera Utara. [http://repository.uinsu.ac.id/3590/1/BUKU ETIKA DAN HUKUM KESEHATAN.pdf](http://repository.uinsu.ac.id/3590/1/BUKU_ETIKA_DAN_HUKUM_KESEHATAN.pdf)
- Hidana, R., Ihwanudin, N., Hadi, I., Handayani, Meri, Yuswanto, S., Hermawan, S., Haiti, D., Labetubun, M. A. H., Arif, Z., Yuliana, A., & Siregar, R. A. (2020). *Etika Profesi Dan Aspek Hukum Bidang Kesehatan* (Vol. 53, Issue 9). Widina Bhakti Persada.
- Nasrun. (2022). *Etika dan Hukum Kesehatan (Suatu Pendekatan Teori dalam Berpraktik)*. Deepublish.
- Purnama, S. G. (2017). *Modul Etika Dan Hukum Kesehatan*. Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Udayana.
- Pusat Bahasa Departemen Pendidikan Nasional. (2008). *Kamus Bahasa Indonesia*. [https://oldi.lipi.go.id/public/Kamus Indonesia.pdf](https://oldi.lipi.go.id/public/KamusIndonesia.pdf)
- Rachels, J. (2004). *Filsafat Moral*. Kanisius.
- Suhaid, D. N., Ningsih, K. P., Fatsena, R. A., Lufianti, A., Martyastuti, N. E., Fuadi, M. F., Rosita, N. A., & Hidayah, N. (2022). *Etika Profesi dan Hukum Kesehatan* (Vol. 7, Issue 1). Pradina Pustaka. https://www.researchgate.net/publication/269107473_What_is_governance/link/548173090cf22525dcb61443/download%0Ahttp://www.econ.upf.edu/~reynal/Civil

wars_12December2010.pdf%0Ahttps://think-
asia.org/handle/11540/8282%0Ahttps://www.jstor.org/st
able/41857625

Suhairi. (2017). Manajemen: Pendekatan Teori Etika dan Moralitas.
Uni Raudhah universitas Nusantara PGRI Kediri, 05(02), 1-16.
<http://www.albayan.ae>

Walschots, M. H., & Dyck, C. (2015). *Scholarship @ Western Moral
Sense Theory and the Development of Kant ' s Ethics*.

BAB 2

KAIDAH DASAR ETIKA DAN PRINSIP PRIMA FACIE

Rizka Mutmaina. S.Tr.Keb., M.Keb.

A. Gambaran Umum Kaidah Etika

Etika merupakan ilmu yang menetapkan ukuran atau kaidah yang mendasari pemberian tanggapan atau bagaimana penilaian terhadap perbuatan manusia.

Kaidah atau norma adalah nilai yang mengatur dan memberikan pedoman atau patokan tertentu bagi individu maupun masyarakat agar berperilaku sesuai dengan peraturan yang telah ditetapkan dan disepakati.

Kaidah atau norma biasanya berisi perintah yang merupakan keharusan bagi individu agar berbuat sesuatu harus dalam ranah kebaikan karena efek dari perbuatan ini akan menjadi pandangan yang baik terhadap penilaian seseorang ataupun masyarakat. Kaidah atau norma juga berisi tentang larangan yang merupakan keharusan bagi individu untuk tidak berbuat hal tertentu, karena efek dari perbuatan ini dapat menjadi penilaian tidak baik. Kaidah atau norma-norma umumnya berbentuk norma agama, Susila, kesopanan dan norma hukum. Norma-norma ini kemudian menghasilkan etika agama, moral, etiket kode etik dan sebagainya. Etika agama atau moral akan terwujud dalam predikat baik ataupun buruk. Etiket terwujud dalam bentuk sopan santun, sedangkan norma hukum yang berbentuk kode etik berbentuk tata tertib yang memelihara perilaku professional (Irwan, 2020)

B. Penerapan Kaidah Dasar Etika

Penerapan kaidah etika merupakan sebuah keharusan bagi seorang tenaga kesehatan dalam dunia medis, karena penerapan kaidah etika akan menjadi panduan dasar dan standar tentang bagaimana seseorang harus bersikap atau bertindak terhadap kasus yang dihadapi oleh pasien/klien. Kaidah harus dipegang teguh oleh individu dalam proses pengobatan pasien/klien yang dimulai pada tahap kebutuhan hingga pasien/klien tersebut tidak mempunyai lagi ikatan dengan tenaga kesehatan yang bersangkutan (Nasrudin Andi Mappaware, Umar Malinta, Eddy Tiro, Rudy Butje, 2022).

C. Prinsip Prima Faice

Prima Facie berasal dari kata Bahasa latin yang artinya pertama dan wajah dengan arti harfiah pada penampilannya/pemunculan/penampakan/wajah/perjumpaan pertama dalam hal ini berarti kebenaran, fakta, kewajiban yang muncul pada pandangan yang pertama. Ketika pertama kali kita jumpai atau pertama kali muncul. Namun jika dalam perjalanan selanjutnya apabila hal itu bentrok dengan prinsip etis yang lebih mendasar, maka akan berubah. Dalam ranah etika Prima Facie berarti suatu kewajiban etis agar melakukan sesuatu harus dipenuhi, tetapi bila dalam perjalanan selanjutnya terdapat konflik dengan kewajiban etis lain yang lebih fundamental, kewajiban itu bisa hilang atau dikesampingkan dan digantikan dengan kewajiban yang lebih fundamental. (Kusmaryanto, 2022)

Hal ini dapat dilihat dengan kasus suatu pilihan otonom yang pelaksanaannya membahayakan kesehatan umum atau menimbulkan kerugian bagi orang lain atau memakai sarana yang terbatas secara berlebihan sehingga menimbulkan bahaya bagi hidup diri sendiri maupun orang lain. Jika terjadi hal demikian, keputusannya tidak perlu dihormati. Misalnya pasien yang meminta disuntik euthanasia, walaupun seseorang menginginkan hal tersebut dengan kondisi sadar dan mengetahui resiko dan mau melakukannya namun karena euthanasia ini berlawanan dengan hidup, maka hal ini tidak bisa

di lakukan karena kondisi ini akan menimbulkan kerugian besar bagi hidupnya maupun orang lain, dalam kasus seperti ini prinsip autonomi tidak wajib dihormati atau berlaku.

Dalam melakukan komunikasi yang efektif pada pasien/klien dokter/tenaga kesehatan harus memperhatikan kaidah dasar moral :

1. Beneficence

Beneficence secara makna kata dapat berarti pengampunan, kebaikan, kemurahan hati, mengutamakan kepentingan orang lain, mencintai dan kemanusiaan. Beneficence dalam makna yang lebih luas berarti tindakan yang dilakukan untuk kebaikan orang lain. Prinsip moral beneficence adalah kewajiban moral untuk melakukan suatu tindakan demi kebaikan atau kemanfaatan orang lain (pasien). Namun Penerapan prinsip beneficence tidak bersifat mutlak. Prinsip ini bukanlah satu-satunya prinsip yang harus dipertimbangkan, melainkan satu diantara beberapa prinsip lain yang juga harus dipertimbangkan

Beneficence merupakan prinsip bioetik dimana seorang dokter/Tenaga Kesehatan melakukan suatu tindakan untuk kepentingan pasiennya dalam usaha untuk membantu mencegah atau menghilangkan bahaya atau hanya sekedar mengobati masalah-masalah sederhana yang dialami pasien. Beneficence diartikan juga bahwa seorang dokter/Tenaga Kesehatan harus berbuat baik, menghormati martabat manusia, dan harus berusaha maksimal agar pasiennya tetap dalam kondisi sehat. Prinsip utama dari prinsip beneficence sebenarnya lebih menegaskan bahwa seorang dokter/Tenaga Kesehatan harus mengambil langkah atau tindakan yang lebih banyak dampak baiknya daripada buruknya sehingga pasien memperoleh kepuasan tertinggi. Prinsip moral yang mengutamakan tindakan yang ditujukan ke kebaikan pasien dengan melihat kemungkinan resiko dan ketidakmampuan biaya yang mungkin dimiliki oleh pasien.

Ciri-ciri prinsip beneficence, yaitu:

- a. Mengutamakan altruism, sifat mementingkan kepentingan orang Lain, perhatian terhadap kesejahteraan orang lain. altruism adalah tindakan sukarela yang dilakukan oleh seseorang ataupun kelompok orang untuk menolong orang lain tanpa mengharapkan imbalan apapun.
- b. Memandang pasien atau keluarga tidak hanya menguntungkan dokter atau rumah sakit.
- c. Mengusahakan agar kebaikan atau manfaatnya lebih banyak dibandingkan dengan suatu keburukannya.
- d. Menjamin kehidupan minimal manusia dengan baik.
- e. Maksimalisasi hak-hak pasien secara keseluruhan.
- f. Menerapkan golden rule principle, yaitu melakukan hal yang baik seperti yang orang lain inginkan.
- g. Memberi suatu resep berkhasiat dan terjangkau.
- h. Mengembangkan profesi secara terus menerus.
- i. Meminimalkan akibat buruk dari suatu tindakan.

Contoh tindakan dalam kaitan kaidah beneficence, antara lain:

- a. Memberi Obat generik, tidak polifarmasi.
- b. Menyempatkan edukasi ke pasien
- c. Pemberian Obat anti nyeri pada pasien terminal (untuk mengurangi penderitaan).
- d. Menolong anak yang diduga menjadi korban kekerasan dalam keluarga.
- e. Membuat rujukan yang dianggap perlu.
- f. Memutuskan dan menjelaskan kepada keluarga untuk melakukan amputasi pada kondisi gawat (keuntungan > kerugian) (Setyawan, 2019)

2. Non-maleficence

Non-maleficence adalah suatu prinsip dimana seorang dokter/Tenaga Kesehatan tidak melakukan perbuatan yang memperburuk pasien dan memilih pengobatan yang paling kecil risikonya. Prinsip moral yang melarang tindakan

memperburuk keadaan pasien, "primum non nocere" atau "above all do no harm". Pada dasarnya, prinsip non-maleficence memberikan peluang kepada pasien, walinya dan para tenaga kesehatan untuk menerima atau menolak suatu tindakan atau terapi setelah menimbang manfaat dan hambatannya dalam situasi atau kondisi tertentu. Pertimbangannya antara lain pemikiran bahwa kewajiban untuk tidak membahayakan atau mencelakakan pasien, tentu berbeda dengan kewajiban untuk membantu pasien, walaupun keduanya untuk kebaikan pasien.

Non-maleficence mempunyai ciri-ciri:

- a. Menolong pasien emergensi.
- b. Mengobati pasien yang Luka.
- c. Tidak membunuh pasien.
- d. Tidak memandang pasien sebagai objek.
- e. Melindungi pasien dari serangan.
- f. Manfaat pasien lebih banyak daripada kerugian dokter.
- g. Tidak membahayakan pasien karena kelalaian.
- h. Menghindari misrepresentasi.
- i. Memberikan semangat hidup pada pasien.
- j. Tidak melakukan white collar crime.

Contoh tindakan dalam kaitan kaidah non-maleficence antara lain:

- a. Menolak aborsi tanpa indikasi medis (misal hamil di luar nikah).
- b. Melakukan kuret atas indikasi medis (misal pendarahan).
- c. Tidak melakukan euthanasia.
- d. Mengutamakan pasien gawat.
- e. Melakukan bius terlebih dahulu sebelum tindakan medis walaupun pasiennya tidak sadar.
- f. Tidak melakukan rujukan laboratorium, memberi Obat yang sebenarnya tidak mutlak demi mendapat komisi (Siti Maryani, Sulfianti A. Yusuf, 2023)

3. *Justice*

Keadilan (*justice*) adalah suatu prinsip dimana seorang dokter/Tenaga Kesehatan menegakan keadilan atau kesamaan hak kepada pasien. Situasi yang adil adalah seseorang mendapatkan mendapatkan manfaat atau beban sesuai dengan hak atau kondisinya. Situasi yang tidak adil adalah tindakan yang salah atau lalai berupa meniadakan manfaat kepada seseorang yang memiliki hak atau pembagian beban yang tidak sama. (Ni Luh Emilia, Erni Samutri)

Prinsip *justice* lahir dari sebuah kesadaran bahwa jumlah benda dan jasa (pelayanan) itu terbatas, sedangkan yang memerlukan seringkali melebihi batasan tersebut. Dalam hal ini dokter/Tenaga Kesehatan memperlakukan sama dan adil pada pasien/klien dengan tujuan klien mendapatkan kebahagiaan kenyamanan selama mendapatkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan, dengan tidak menilai dari tingkat ekonomi, pandangan politik, agama, kebangsaan, perbedaan kedudukan sosial, kebangsaan, dan kewarganegaraan dimana hal ini tidak dapat mengubah sikap dokter terhadap pasiennya. Termasuk di dalamnya adalah melindungi kelompok yang rentan. Prinsip moral yang mementingkan fairness dan keadilan dalam bersikap maupun dalam mendistribusikan sumber daya (*distributive justice*).

Justice mempunyai ciri-ciri:

- a. Memberlakukan segala sesuatu secara universal.
- b. Mengambil porsi terakhir dari proses membagi yang telah dilakukan.
- c. Menghargai hak sehat pasien.
- d. Menghargai hak hukum pasien.

Contoh tindakan dalam kaitan kaidah *justice* antara lain:

- a. Tidak membedakan pelayanan walaupun beda suku/agama

- b. Pemerintah menyebarkan tenaga kesehatan secara merata sampai ke daerah
- c. Dokter/Tenaga Kesehatan boleh membongkar rahasia pasien dalam keadaan menyangkut orang lain yang rentan, misal: suami mengalami penyakit menular seksual (istri adalah pihak rentan) ataupun sebaliknya, sopir bus epilepsi (penumpang adalah pihak rentan) (Ichlas Tribakti, Dian Ekawaty, 2023)

4. *Autonomy*

Otonomi/*Autonomy* berarti peraturan, pemerintahan atau hukum. Makna utama otonomi individu adalah aturan pribadi atau perseorangan dari diri sendiri yang bebas, baik bebas dari campur tangan orang lain maupun dari keterbatasan yang dapat menghalangi pilihan yang benar, seperti karena pemahaman yang tidak cukup. Pada prinsip ini seorang dokter menghormati martabat manusia. Setiap individu harus diperlakukan sebagai manusia yang mempunyai hak menentukan nasib diri sendiri. Dalam hal ini pasien diberi hak untuk berfikir secara logis dan membuat keputusan sendiri tanpa dikendalikan oleh orang lain atau seseorang yang mampu bertindak sesuai dengan hasrat dan rencananya.

Namun dengan kata lain pasien/klien dalam kondisi ini tidak memiliki gangguan psikologis, depresi, ketidaktahuan, koma (tidak sadar) dimana seseorang dalam kondisi ini tidak mempunyai kualifikasi dalam membuat keputusan medis yang baik. Seseorang bisa dikatakan otonom apabila mampu bertindak secara bebas sesuai dengan rencana yang telah ia pilih, dimana pemilihan ini mensyaratkan adanya kemampuan akal budi (pengetahuan) dan psikis (kesadaran).

Autonomy bermaksud menghendaki, menyetujui, membenarkan, membela, dan membiarkan pasien demi dirinya sendiri. Prinsip moral yang menghormati hak-hak

pasien, terutama hak otonomi pasien (*the rights to self determination*) yang kemudian melahirkan *informed consent*.

Autonomy mempunyai ciri-ciri:

- a. Menghargai hak menentukan nasib sendiri.
- b. Berterus terang menghargai privasi.
- c. Menjaga rahasia pasien.
- d. Melaksanakan *informed consent*.

Contoh tindakan dalam kaitan kaidah *autonomy* antara lain:

- a. Melakukan *informed consent* sebelum melakukan tindakan
- b. Menjaga rahasia pasien bila orang lain tidak ada hubungannya (misalnya, tetangga atau orang tua menanyakan)
- c. Memberi pasien hak untuk memutuskan sendiri (syarat: dewasa dan sehat mental), misal: keluarga menolak transfusi/operasi, maka dokter tidak memaksa
- d. Dokter/Tenaga Kesehatan tidak berbohong walau demi kebaikan pasien, misalnya dokter jujur mengatakan kalau peluang sembuh sangat kecil. Dan membiarkan pasien menentukan pilihan hidupnya sendiri (Indar, Muh. Alwy Arifin, A. Rizki Amelia, 2019)

Dalam kasus ketidakselarasan antara prinsip otonomi dan *beneficence*, menurut Beauchamp and childress yang harus diutamakan dalam prinsip ini adalah *beneficence*, hal ini jika melihat kasus seorang dokter/Tenaga Kesehatan lainnya dalam memberikan informasi buruk kepada pasien, dimana prinsip dari otonomi mengharuskan Tenaga Kesehatan mengatakan kebenaran bahwa keadaan pasien buruk, sedangkan prinsip *beneficence* mengharuskan kita berbuat yang paling baik dan menguntungkan bagi pasien, jika terjadi ketidakselarasan antara keduanya, dimana Ketika memberikan informasi kondisi yang sebenarnya justru memberikan pasien mengalami stress dan penyakit yang diderita menjadi semakin parah, maka sebaiknya tidak usah mengatakan hal yang sebenarnya. Agar pasien dapat tetap optimis dan bisa lekas sehat. Akan tetapi jika tidak terjadi

keselarasan maka mengatakan hal yang sebenarnya tetap harus dilakukan. Yang dimaksud dalam hal ini bukan menipu pasien dan mengatakan bahwa keadaan pasien baik-baik saja namun yang terjadi malah sebaliknya. (Nasrun, 2022)

5. *Accountability, Fidelity, dan Veracity*

Prinsip etik *Accountability, Fidelity* dan *Veracity* memberikan penguatan terhadap empat prinsip utama etika kesehatan. *Accountability* atau akuntabilitas berarti setiap tenaga kesehatan harus bertanggung jawab atas pilihan dan tindakannya sendiri selama perawatan pasien. Prinsip ini merupakan keutamaan dari prinsip-prinsip etika. Setiap tenaga kesehatan yang memegang prinsip *accountability* akan memberikan perawatan pasien dengan kualitas lebih tinggi. Mereka cenderung membangun hubungan yang lebih kuat dengan pasien karena kepercayaan yang meningkat, mematuhi ruang lingkup praktiknya, dan dalam banyak kasus sangat dihargai oleh rekan kerja dan pasiennya

Fidelity atau kesetiaan didefinisikan sebagai tanggung jawab untuk memberikan asuhan kesehatan yang aman, memenuhi prinsip etik, dan kompeten. Contohnya, tenaga kesehatan dalam memberikan asuhan yang selalu *up-to-date* dengan praktik berbasis bukti; komitmen dalam memenuhi janjinya untuk mengkonsulkan keluhan nyeri pasien pada dokter spesialis manajemen nyeri; atau melindungi kerahasiaan pasien dengan hanya memberikan informasi yang diperlukan tentang pasien saja

Veracity atau kejujuran berarti mengatakan yang sebenarnya atau kebalikan dari menipu/menyesatkan. *Veracity* juga termasuk bersikap transparan dan tidak menahan informasi penting. Contoh *veracity* dalam pelayanan kesehatan adalah *informed consent*. Tenaga kesehatan harus menyajikan semua informasi yang diperlukan kepada pasien dengan cara yang jujur yang memungkinkan pasien membuat pilihan berdasarkan informasi yang diberikan (Ni Luh Emilia, Erni Samutri, 2023).

DAFTAR PUSTAKA

- Ichlas Tribakti, Dian Ekawaty, Andini Mentari Tarigan. *Administrasi Dan Kebijakan Pelayanan Kesehatan*. Global Eksekutif Teknologi, 2023.
- Indar, Muh. Alwy Arifin, A. Rizki Amelia, Leilani Ismaniar. *Hukum dan Bioetik Dalam Perspektif Etika Dan Hukum Kesehatan*. Deepublish, 2019.
- Irwan. *Etika dan Perilaku Kesehatan*. Absolute Media, 2020.
- Kusmaryanto. *Bioetika Fundamental*. Gramedia Pustaka Utama, 2022.
- Nasrudin Andi Mappaware, Umar Malinta, Eddy Tiro, Rudy Butje, Elizabet Catherine Jusuf. *Buku Ajar Etika dan Medikolegal*. Unhas Press, 2022.
- Nasrun. *Etika Dan Hukum Kesehatan (Suatu Pendekatan Teori dalam Berpraktik)*. Deepublish, 2022.
- Ni Luh Emilia, Erni Samutri, Mu'awanah. *Etika dan Hukum Kesehatan*. Media Pustaka Indo, 2023.
- Setyawan, Febri Endra Budi. *Pendekatan Pelayanan Kesehatan Dokter Keluarga (Pendekatan Holistik Komprehensif)*. Zifatama Jawara, 2019.
- Siti Maryani, Sulfianti A. Yusuf, Benny Harry Leksmon Situmorang. *Etika Dan Hukum Kesehatan*. Get Press Indonesia, 2023.

BAB 3

ASAS-ASAS HUKUM DALAM PELAYANAN KESEHATAN

Dian Agnesa Sembiring, S.K.M., M.A.R.S.

A. Pendahuluan

Kesehatan adalah hak asasi manusia yang sesuai dengan cita-cita bangsa. Oleh sebab itu negara menjamin bahwa setiap orang berhak untuk hidup sehat, memperoleh pelayanan kesehatan, serta bertanggung jawab menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan yang layak (1). Kemudian diselenggarakanlah upaya pembangunan kesehatan yang berkesinambungan, terarah, dan terpadu untuk mencapai tujuan nasional tersebut.

Implementasi hukum kesehatan di Indonesia awalnya terdapat pada berbagai peraturan perundang-undangan seperti Undang-Undang (UU) Nomor 4 tahun 2019 tentang Kebidanan, UU No. 6/2019 tentang Kekarantinaan Kesehatan, UU No.38/2014 tentang Keperawatan, UU No. 36/2014 tentang Kesehatan Jiwa, UU No. 20/2013 tentang Pendidikan Kedokteran, UU No.44/2009 tentang Rumah Sakit, UU No.36/2009 tentang Kesehatan, UU No.29/2004 tentang Praktik Kedokteran, UU No.4/1984 tentang Wabah Penyakit Menular, UU No.419/1949 tentang Ordonansi Obat Keras.

Namun pada tahun 2023, keseluruhan aturan tersebut dicabut dan diganti dengan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Adapun UU ini didasarkan pada berbagai asas, termasuk asas hukum dalam pelayanan kesehatan. Oleh sebab itu bab ini secara khusus akan membahas asas-asas hukum dalam pelayanan kesehatan.

B. Asas-asas Hukum dalam Pelayanan Kesehatan

1. Asas-asas Hukum

Berdasarkan terminologi bahasa, asas merupakan dasar, sesuatu yang menjadi tumpuan berpikir atau berpendapat, dasar cita-cita, hukum dasar. Berikut ini beberapa pendapat mengenai pengertian asas-asas hukum, antara lain (2,3) :

Paul Scholten mengatakan asas-asas hukum adalah :

"tendensi-tendensi yang disyaratkan kepada hukum oleh paham kesusilaan kita"

Karl Larenz berpendapat bahwa asas-asas hukum adalah :

"ukuran-ukuran hukumiah-etis yang memberikan arah kepada pembentukan hukum"

J.H.P. Bellefroid mengatakan asas-asas hukum umum adalah:

"norma dasar yang dijabarkan dari hukum positif dan yang oleh ilmu hukum tidak dianggap berasal dari aturan-aturan yang lebih umum. Asas hukum umum merupakan pengendapan dari hukum positif"

H.J. Homes berpendapat bahwa asas-asas hukum :

"tidak boleh dianggap sebagai norma-norma hukum yang konkret, tetapi perlu dipandang sebagai dasar-dasar umum atau petunjuk-petunjuk bagi hukum yang berlaku"

G.W. Paton berpendapat :

"a principle is the board reason, which lies at the base of rule of law" (asas adalah suatu pikiran yang dirumuskan secara luas yang menjadi dasar bagi aturan/kaidah hukum)

Satjipto Rahardjo mengatakan bahwa asas hukum adalah :

"unsur yang penting dan pokok dari peraturan hukum. Asas hukum adalah jantungnya peraturan hukum karena ia merupakan landasan yang paling luas bagi lahirnya peraturan hukum atau ia adalah sebagai ratio legisnya peraturan hukum"

2. Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan merupakan segala kegiatan pelayanan yang diberikan kepada individu/masyarakat secara langsung dalam bentuk promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan paliatif guna peningkatan dan pemeliharaan derajat kesehatan masyarakat (4). Pelayanan kesehatan, seperti rumah sakit, juga memiliki beberapa ciri yaitu padat karya, padat modal, dan padat teknologi. Padat karya karena proses pelayanannya dilakukan oleh tenaga kesehatan yang berasal dari latar belakang pendidikan dan profesi yang berbeda. Padat modal karena proses layanannya membutuhkan dana yang besar seperti jenis beberapa jenis layanan yang diberikan membutuhkan penggunaan alat kesehatan yang bervariasi. Padat teknologi karena proses pelayanannya didukung oleh pemanfaatan teknologi kesehatan yang canggih dan terus menerus mengalami perkembangan (5).

Tenaga kesehatan yang bekerja di pelayanan kesehatan merupakan petugas profesional yang mendasarkan semua perilaku dan tindakannya dalam melayani pasien atau masyarakat harus didasarkan pada standar dan etika profesi (6). Selain itu pemanfaatan ilmu dan teknologi bidang dalam pelayanan kesehatan yang berkembang pesat menjadi solusi dalam intervensi medis sekaligus menjadi masalah besar dalam pendekatan legal (7). Penyelenggaraan kesehatan pada dasarnya bertujuan memberikan perlindungan dan kepastian hukum bagi pasien, tenaga kesehatan yang bertugas di pelayanan kesehatan, serta masyarakat. Oleh sebab itu diperlukan asas-asas hukum sebagai dasar aturan/kaidah hukum dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

3. Asas-asas Hukum dalam Pelayanan Kesehatan

Terdapat beberapa asas dalam ilmu kesehatan antara lain: *Sa science et sa conscience* (ilmunya dan hati nuraninya), *Agroti salus lex suprema* (keselamatan pasien adalah hukum tertinggi), *De minimis non curat lex* (hukum tidak mencampuri

hal-hal sepele), dan *Res ipsa loquitur* (faktanya telah berbicara) (8). Pada dasarnya, asas-asas hukum kesehatan berfungsi sebagai pondasi yang memberikan arah dan tujuan serta mengandung nilai dan tuntutan etis. Oleh sebab itu seluruh pemberi layanan kesehatan, termasuk tenaga kesehatan/ medis, harus menjadikan asas-asas hukum kesehatan sebagai pedoman dalam menjalankan profesinya.

Adapun penyelenggaraan kesehatan di Indonesia dilaksanakan berdasarkan asas (4) :

- a. Perikemanusiaan yaitu pembangunan kesehatan dilandasi atas perikemanusiaan berdasarkan Ketuhanan YME dengan tidak membedakan golongan, agama, dan bangsa
- b. Keseimbangan yaitu pembangunan kesehatan dilaksanakan berimbang antara kepentingan individu-masyarakat, fisik-jiwa, material-spiritual
- c. Manfaat yaitu pembangunan kesehatan memberi fungsi sebesar-besarnya pada perikehidupan yang sehat serta kemanusiaan untuk seluruh masyarakat
- d. Ilmiah yaitu penyelenggaraan kesehatan dilakukan berdasarkan Iptek (Ilmu pengetahuan dan teknologi)
- e. Pemerataan yaitu seluruh sumber daya kesehatan diatur guna keterjangkauan pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat
- f. Etika dan profesionalitas yaitu seluruh layanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan dilaksanakan secara profesional berdasarkan etika profesi
- g. Perlindungan dan keselamatan yaitu pemberi dan penerima pelayanan kesehatan harus diberikan perlindungan dan keselamatan dalam penyelenggaraan upaya kesehatan dengan mengutamakan keselamatan pasien, masyarakat dan lingkungan
- h. Penghormatan terhadap hak dan kewajiban yaitu kesamaan kedudukan hukum sebagai bentuk penghormatan terhadap hak dan kewajiban diperlukan dalam pembangunan kesehatan

- i. Keadilan yaitu pemberian layanan yang merata dan adil bagi seluruh lapisan masyarakat melalui biaya yang terjangkau
- j. Non Diskriminatif yaitu tidak membedakan perlakuan pemberian pelayanan kesehatan baik tanpa memperhatikan golongan, agama, gender, ras, etnis, suku, warna kulit maupun kondisi fisik dan status sosial
- k. Pertimbangan moral dan nilai-nilai agama yaitu seluruh aturan terkait pembangunan kesehatan harus sesuai dengan Pancasila (Sila Kesatu dan Kedua) dan Pembukaan UUD 1945
- l. Partisipatif yaitu keterlibatan masyarakat diperlukan dalam pembangunan kesehatan
- m. Kepentingan umum yaitu kepentingan umum harus diatas kepentingan golongan/pribadi dalam maksud pembangunan kesehatan
- n. Keterpaduan yaitu keterlibatan lintas sektoral secara terpadu diperlukan dalam pembangunan kesehatan
- o. Kesadaran hukum yaitu kepatuhan dan kesadaran hukum masyarakat diperlukan dalam pembangunan kesehatan
- p. Kedaulatan negara yaitu kepentingan nasional harus diutamakan dalam pembangunan kesehatan guna membangun sistem ketahanan dan layanan kesehatan
- q. Kelestarian lingkungan hidup yaitu kelestarian lingkungan hidup masa kini dan mendatang harus dijamin oleh seluruh pembangunan kesehatan
- r. Kearifan budaya yaitu seluruh pembangunan kesehatan harus menghormati serta memperhatikan nilai sosial dan budaya masyarakat
- s. Ketertiban dan kepastian hukum yaitu keteraturan dan kepastian hukum bagi masyarakat terwujud dalam pelayanan kesehatan yang sesuai dengan ketentuan yang berlaku

Dalam konteks pelayanan kesehatan , asas-asas hukum yang berlaku antara lain (3,5,9-13):

a. Asas legalitas

Artinya, seluruh pemberi layanan kesehatan, baik tenaga medis maupun tenaga kesehatan, harus memenuhi persyaratan dan izin dari pemerintah, serta memiliki kewenangan sesuai dengan bidang keahliannya yang diatur dalam ketentuan perundang-undangan.

b. Asas keseimbangan

Asas ini diartikan sebagai keseimbangan antara tujuan dan sarana, serta hasil manfaat dan risiko yang ditimbulkan dari pelayanan kesehatan yang dilakukan. Asas ini juga berkaitan dengan keadilan, terutama alokasi sumber daya dalam pelayanan kesehatan.

c. Asas tepat waktu

Tidak tepat waktu dalam memberikan pertolongan dapat menimbulkan kerugian bagi pasien, terutama yang diakibatkan oleh karena kelalaian tenaga kesehatan/medis. Penundaan dalam memberikan pertolongan dapat dikategorikan sebagai penelantaran pasien. Hal ini dikarenakan hukum tidak menerima alasan apapun dalam hal keselamatan nyawa pasien.

d. Asas itikad baik

Asas ini diterapkan sebagai pelaksanaan kewajiban oleh tenaga kesehatan/medis di pelayanan kesehatan guna memenuhi kode etik, standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional. Sebagai contoh, perawat sebagai pengemban profesi menerapkan asas itikad baik yang tercermin melalui sikap menghormati hak-hak pasien, taat pada standar profesi dan praktik keperawatan.

e. Asas kejujuran

Kejujuran merupakan pondasi terciptanya hubungan saling percaya antara tenaga kesehatan/ medis dengan pasien. Kejujuran kedua belah pihak, baik dokter dalam mengemukakan hasil pemeriksaan yang dilakukan

kepada pasien, dan pasien dalam mengungkapkan riwayat perjalanan penyakitnya. Oleh sebab itu asas ini merupakan asas vital yang wajib dimiliki oleh seluruh tenaga kesehatan/medis ketika merawat pasien. Penggunaan sarana sesuai kebutuhan pasien dan penyampaian informasi yang benar kepada pasien adalah penerapan asas kejujuran pada pelayanan kesehatan.

f. Asas kehati-hatian

Setiap pribadi wajib mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, aman serta terjangkau. Hal ini mengindikasikan setiap tenaga kesehatan/medis yang bekerja di pelayanan kesehatan wajib memiliki ketelitian dalam memberikan tindakan dan pelayanan bagi pasien. Kecerobohan bertindak yang mengakibatkan terancamnya keselamatan pasien dapat mengakibatkan tuntutan pidana. Hal ini dikarenakan keselamatan pasien adalah hukum yang tertinggi dalam pelayanan kesehatan. Oleh sebab itu seluruh tenaga kesehatan/medis dituntut memiliki keahlian dan keterampilan, bekerja sesuai dengan standar profesi, serta menghormati hak pasien dengan memberikan *informed consent* dalam tindakan terapeutik bagi pasien/keluarga. Dalam hal perlindungan data pribadi pasien melalui dokumen elektronik rekam medis, para pihak yang terkait dengan pemrosesan dan pengawasan data pribadi pasien harus memperhatikan segenap aspek yang berpotensi mendatangkan kerugian.

g. Asas keterbukaan

Keterbukaan dan kesamaan kedudukan dalam hukum antara tenaga kesehatan/medis dan pasien dapat tercapai melalui sikap saling terbuka, percaya, dan komunikasi yang transparan. Informasi dan edukasi kesehatan yang seimbang dan bertanggungjawab perlu didapatkan oleh setiap pasien/keluarga dari tenaga kesehatan/medis, termasuk diagnosis, tindakan medik, tujuan tindakan, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, prognosis tindakan,

pengobatan yang telah diterimanya, serta perkiraan biaya pengobatan.

h. Asas otonomi

Setiap individu pasien memiliki kapasitas sebagai subyek hukum dalam menentukan tindakan/keputusan berdasarkan rencana yang dipilihnya. Adapun tenaga medis, dalam hal ini dokter, berkewajiban dalam menjelaskan menurut pengetahuan dan keahlian profesionalnya agar pasien benar memahami dan mengerti terkait akibat yang akan timbul ketika memilih suatu keputusan bagi dirinya.

Menghargai otonomi pasien berarti komitmen terhadap sikap pasien dalam mengambil keputusan bagi seluruh aspek layanan kesehatannya. Persetujuan tindakan kedokteran yang dibaca dan ditandatangani oleh pasien/keluarga adalah salah satu penerapan penghargaan terhadap asas otonomi pasien. Namun permasalahan dalam penerapan asas ini adalah variasi kemampuan pasien yang dipengaruhi oleh usia, ekonomi, akses informasi, tingkat kesadaran, dan sebagainya.

i. Asas *non-maleficence*

Non-maleficence adalah tidak mencederai atau membahayakan. Dalam pemberian layanan kesehatan bagi pasien, tenaga kesehatan/medis hendaknya mengupayakan untuk tidak mencederai atau membahayakan pasien tersebut. Asas ini juga tercantum dalam lafal sumpah Hippocrates yaitu "*I will never use treatment to injure or wrong sick*".

j. Asas *beneficence*

Beneficence berarti kemurahan hati. Asas ini mengajarkan tenaga kesehatan/medis untuk selalu bertanggung jawab dalam menghindari perbuatan merugikan atau membahayakan pasien serta membantu dan memberikan tindakan yang menguntungkan pasien. Asas kemurahan hati ini hendaknya dapat diaplikasikan oleh tenaga kesehatan/medis dalam pengabdian

profesinya di layanan kesehatan yang dilakukan baik terhadap individu pasien maupun terhadap kesehatan masyarakat.

k. Asas keadilan

Keadilan dalam memberikan pengobatan kepada pasien tanpa memandang status ekonomi sosial adalah hal yang harus dilakukan oleh seluruh pemberi layanan kesehatan. Asas ini menuntut pemberian pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan kondisi pasien dan perlakuan yang adil oleh pemberi layanan kesehatan.

l. Asas kerahasiaan

Pemberi layanan kesehatan wajib menjaga kerahasiaan terkait segala informasi kesehatan yang berkaitan dengan pasien meskipun pasien tersebut sudah meninggal dunia, termasuk hasil laboratorium, diagnosis, prognosis, dan sebagainya. Pemberian informasi kesehatan pasien hanya boleh diberikan atas persetujuan dan izin dari pasien, kecuali informasi tersebut diperlukan untuk kepentingan hukum. Dalam hal perlindungan data pribadi pasien melalui dokumen elektronik rekam medis, pemberi layanan kesehatan harus menjamin keamanan, keutuhan, kerahasiaan, ketersediaan data rekam medis pasien. Selain itu, data pasien harus terlindung dari pihak yang tidak berhak atas kegiatan pemrosesan yang tidak sah.

m. Asas ketaatan

Asas ini berarti tanggung jawab untuk tetap setia terhadap suatu kesepakatan. Seluruh pemberi layanan kesehatan, termasuk tenaga kesehatan/medis, harus menghormati rahasia yang dipercayakan kepada mereka, bahkan ketika pasien sudah meninggal. Oleh sebab itu pemberi layanan kesehatan wajib menerapkan asas kepatutan dalam tanggung jawab pelayanan yang diberikannya melalui menepati janji, mempertahankan kepercayaan, dan memberikan perhatian kepada pasien yang dirawatnya.

n. Asas kepastian hukum

Asas kepastian hukum diartikan sebagai kejelasan norma yang dapat dijadikan sebagai pedoman oleh masyarakat melalui peraturan. Implementasi asas ini dalam pelayanan kesehatan yaitu melalui berbagai peraturan yang mengatur seluruh pihak (pemberi dan penerima layanan kesehatan) agar pelayanan kesehatan dapat berkualitas dan bermanfaat bagi semua pihak. Sebagai contoh, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis dibuat guna memberikan kepastian hukum dalam kegiatan penyelenggaraan, pengelolaan, dan perlindungan dokumen elektronik rekam medis bagi seluruh penggunaannya. Namun akhir-akhir ini, kepastian hukum dalam pengaturan tenaga kesehatan terlihat kurang. Hal ini dapat mengakibatkan perlindungan kepada tenaga kesehatan menjadi tidak terjamin dan berdampak pada penyelenggaraan kesehatan yang tidak efektif.

o. Asas perlindungan

Asas ini menjamin perlindungan bagi seluruh pihak (pemberi dan penerima layanan kesehatan) agar pelayanan kesehatan dapat berkualitas dan bermanfaat melalui berbagai peraturan. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis merupakan implementasi asas perlindungan dalam penyelenggaraan dan penyimpanan rekam medis elektronik. Hal ini dikarenakan pemberi layanan kesehatan harus menjamin keamanan, keutuhan, kerahasiaan, ketersediaan data rekam medis pasien. Implementasi asas perlindungan bagi seluruh tenaga kesehatan/medis pemberi pelayanan kesehatan diatur dalam peraturan internal staf medis, standar prosedur operasional, pedoman layanan, dan aturan lainnya.

p. Asas kepentingan umum

Implementasi asas kepentingan umum dalam pelayanan kesehatan yaitu penyelenggaraan rekam medis elektronik yang digunakan oleh Kementerian Kesehatan untuk pengolahan data kesehatan guna pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, serta pembuatan kebijakan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Undang-Undang Dasar. Negara Republik Indonesia [Internet]. Indonesia; 1945 p. 1–28. Available from: <https://www.mkri.id/index.php?page=web.PeraturanPIH&id=1&menu=6&status=1>
- Atmadja DG. Asas - asas hukum dalam sistem hukum. Kertha Wicaksana. 2018;12(2):145–55.
- Ramadhan SN, Nurahman BR, Christiawan T. Asas-Asas Dalam Hukum Kesehatan Dan Asas-Asas Dalam Pelayanan Kesehatan [Internet]. Fakultas Hukum Universitas Padjajaran. Bandung; 2014. Available from: https://www.academia.edu/9789408/Makalah_Asas_Asas_Hukum_Kesehatan_dan_Pelayanan_Kesehatan
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17. Kesehatan. Indonesia; 2023 p. 1–300.
- Meri, Handayani, Hadi I, Hidana R, Yuliana A, Haiti D, *et al.* Etika Profesi Dan Aspek Hukum di Bidang Kesehatan [Internet]. Jaelani E, editor. Bandung: Widina Bhakti Persada; 2020. Available from: <https://books.google.co.id/books?id=PNDnDwAAQBAJ&lp=PR3&ots=B6wr2qMYtc&dq=ETIKA DAN HUKUM DALAM KESEHATAN&lr&hl=id&pg=PR2#v=onepage&q&f=false>
- Harahap RA. Etika dan Hukum Kesehatan [Internet]. Medan: Universitas Islam Negeri Sumatera Utara; 2017. Available from: https://books.google.co.id/books?id=tepADwAAQBAJ&lp=PP1&ots=onoO6SOPj_&dq=ETIKA DAN HUKUM DALAM KESEHATAN&lr&hl=id&pg=PR4#v=onepage&q&f=false
- Indar, Arifin MA, Amelia R, Ismaniar L. Hukum & Bioetik Dalam Perspektif Etika Dan Hukum Kesehatan [Internet]. Sleman: Deepublish; 2019. Available from:

<https://books.google.co.id/books?id=JazSDwAAQBAJ&lpg=PR5&ots=7hAfceDbwD&dq=ETIKA DAN HUKUM DALAM KESEHATAN&lr&hl=id&pg=PR4#v=onepage&q&f=false>

Dewi AI. Etika dan Hukum Kesehatan. Yogyakarta: Pustaka Book Publisher; 2008.

Veronica KD. Peranan Informed Consent dalam Transaksi Terapeutik: Persetujuan dalam Hubungan Dokter dan Pasien. Suatu Tinj Yuridis, Bandung Penerbit Citra Aditya Bakti, h. 2002;178.

Kountur QCV, Bawole HYA, Sepang R. Pertanggungjawaban Perdata Terhadap Dokter Atas Perbuatan Melawan Hukum Terhadap Pasien. Lex Priv. 2021;IX(9):53–62.

Melyanti H, Pan LSS. Perlindungan Data Pribadi dalam Pengaturan Rekam Medis Elektronik Berdasarkan Perundang-Undangan Indonesia Dihubungkan dengan Asas-Asas Hukum. JIMPS J Ilm Mhs Pendidik Sej. 2023;8(3):1415–22.

Fadhillah H, Wahyati E, Sarwo B. Pengaturan Tentang Tenaga Kesehatan Dalam Peraturan Perundang-Undangan dan Azas Kepastian Hukum. Soepira J Huk Kesehat. 2019;5(1):146–62.

Supriyatin U. HUBUNGAN HUKUM ANTARA PASIEN DENGAN TENAGA MEDIS (DOKTER) DALAM PELAYANAN KESEHATAN. Galuh Justisi. 2018;6(2):184–94.

BAB 4

HUKUM DAN BIOETIKA

dr. Taufik Hidayat, M.Sc, Sp.FM, M.Sc.

A. Pendahuluan

Rumpun ilmu kesehatan atau ilmu kedokteran dan rumpun ilmu hukum pada awalnya merupakan rumpun ilmu yang berjalan terpisah. Kedua rumpun ilmu ini diperlukan untuk kesejahteraan masyarakat. Dalam perkembangannya masing-masing disiplin ilmu ini saling membutuhkan, contohnya di dalam proses penegakan hukum, bantuan dokter diperlukan untuk memeriksa korban (hidup dan mati) atau pelaku tindak pidana dan menuangkannya dalam bentuk surat *visum et repertum*. Ilmu ini kemudian berkembang menjadi salah satu cabang ilmu kedokteran yaitu ilmu kedokteran forensik dan medikolegal, sedangkan ilmu hukum sendiri melahirkan cabang hukum kesehatan atau hukum kedokteran yang bertujuan untuk pemeliharaan pelayanan kesehatan dan penerapan hak dan kewajiban secara keseluruhan. Hukum merupakan peraturan perundang-undangan yang dibuat oleh suatu kekuasaan. Hukum kesehatan atau hukum kedokteran merupakan peraturan perundang-undangan yang menyangkut pelayanan kesehatan atau kedokteran baik untuk penyelenggara maupun penerima pelayanan kesehatan atau kedokteran (Hanafiah & Amir, 2016).

Di dalam praktik kesehatan seorang dokter atau tenaga kesehatan seringkali berhadapan dengan isu-isu etik yang berkembang menjadi dilema etik. Agar dapat melaksanakan praktik kesehatan yang baik, seorang dokter atau tenaga kesehatan harus memahami dan menerapkan pengetahuan tentang isu-isu etik. Perkembangan pesat dalam ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan juga membutuhkan pengetahuan etika dalam mengelola permasalahan etik yang ditimbulkannya, yaitu melalui cabang ilmu bioetika. Bioetika sebenarnya tidak hanya berguna dalam mengelola isu-isu kemanusiaan dalam teknologi kesehatan, akan tetapi dalam ruang lingkup yang luas juga berguna dalam mengelola aspek etika yang berkaitan dengan seluruh makhluk hidup (Sampurna, Syamsu, & Siswaja, 2007).

B. Sejarah Perkembangan Hukum Kesehatan atau Hukum Kedokteran di Indonesia

Kasus dokter S menjadi tonggak lahirnya hukum kedokteran di Indonesia yang terjadi pada awal tahun 1979. Secara ringkas kejadian pada saat itu adalah dokter S menerima pasien, Ny R berusia 28 tahun yang menderita *pharyngitis*. Kebiasaan dikalangan masyarakat saat itu, jika belum disuntik maka pasien belum merasa sembuh. Dokter S kemudian menyuntik Ny R dengan *Streptomycin*. Beberapa saat kemudian, Ny R mual dan muntah. Dokter S sadar bahwa pasiennya mengalami reaksi alergi obat, oleh karena itu, ia segera menginjeksi Ny R dengan *cortisone*. Namun, tidak tampak perubahan dari pasien dan malah memperburuk kondisi Ny R. Dalam keadaan yang gawat, dokter S meminum kopi kepada Ny R dan karena tidak ada perubahan, dokter kembali memberi suntikan *delladryl*. Ny R semakin lemas, dan tekanan darahnya semakin rendah. Dalam keadaan gawat darurat tersebut, dokter S segera mengirim pasiennya ke RSUD P yang berjarak sekitar 5 km dari desa tersebut untuk mendapat perawatan. Pada saat itu, kendaraan untuk mengantarkan ke rumah sakit belum semudah sekarang. Setelah sampai di RSUD P, pasien tidak tertolong lagi.

Suami pasien kemudian melaporkan kematian istrinya kepada polisi.

Singkat cerita, setelah menjalani persidangan dan mendengar keterangan ahli, Pengadilan Negeri P memutuskan bahwa dokter S bersalah melakukan tindak kejahatan berdasar pada pasal 359 KUHP yakni karena kealpaannya menyebabkan orang lain meninggal dunia dan menghukum terdakwa dengan hukuman penjara 3 bulan dengan masa percobaan 10 bulan. Pengadilan Tinggi memperkuat putusan Pengadilan Negeri P tersebut. Selanjutnya berdasarkan kasasi yang diajukan kuasa terdakwa, Mahkamah Agung telah membatalkan putusan Pengadilan Tinggi dan putusan Pengadilan Negeri P tersebut dan menyatakan, bahwa kesalahan dokter S atas dakwaan kepadanya tidak terbukti dan membebaskan terdakwa. Pada saat itu, kasus ini menarik perhatian seluruh dokter di Indonesia terutama IDI wilayah turut memberikan solidaritas dan keprihatinan. Atas peristiwa inilah, kesadaran akan hukum kesehatan khususnya hukum kedokteran di Indonesia mulai terjadi (IDI Jawa Tengah, 2016).

C. Pengertian dan Fungsi Hukum Kesehatan atau Hukum Kedokteran

Istilah hukum dalam bahasa Indonesia diadaptasi dari kata bahasa Arab *hukm*, yang dapat diartikan sebagai tuntunan atau perintah. Kata ini bersinonim dengan *recht* (bahasa Belanda) yang berarti tuntunan. Di Dalam bahasa Inggris dikenal istilah *right* yang berarti hak atau hukum dan kata *law* yang berakar pada kata bahasa Latin *lex* atau *lesere* yang bermakna mengumpulkan atau mengundang orang-orang untuk diperintah, sedangkan *legal* bermakna peraturan yang dibuat dan disahkan oleh penguasa yang berwenang. Di Dalam bahasa Latin juga dikenal istilah *ius* yang berarti mengatur dan memerintah atau hukum. Pengertian hukum menurut Mochtar Kusumaatmadja yaitu keseluruhan asas dan kaidah yang mengatur hubungan manusia dalam masyarakat, dan juga meliputi lembaga-lembaga, *institutions*, dan proses-proses yang

mewujudkan berlakunya kaidah itu dalam masyarakat sebagai suatu kenyataan (Imaniyati & Adam, 2021).

Hukum kesehatan termasuk kedalam hukum *lex specialist* karena perangkat ini berfungsi untuk melindungi tugas profesi kesehatan dan perlindungan terhadap pasien secara khusus. Hukum kesehatan mengatur kepentingan penerima pelayanan yang harus diatur hak dan kewajibannya baik perorangan maupun kelompok dan kepentingan penyelenggara pelayanan (institusi dan tenaga kesehatan) yang juga harus diatur hak dan kewajibannya. Hukum kedokteran merupakan bagian dari hukum kesehatan yang menyangkut pelayanan kedokteran (Triwibowo, 2014)

Beberapa contoh peraturan perundang-undangan yang mengatur bidang kesehatan atau kedokteran di Indonesia adalah Undang-undang RI nomor 17 tahun 2023 tentang kesehatan, Undang-undang RI nomor 29 tahun 2004 tentang praktik kedokteran, dan Undang-undang RI nomor 44 tahun 2009 tentang rumah sakit. Terdapat pula hal-hal yang berhubungan dengan kesehatan didalam KUHP, KUHPer dan peraturan administrasi negara. Kumpulan peraturan ini disebut juga peraturan hukum kesehatan yang umum. Hukum kesehatan mencakup komponen hukum lain seperti hukum keperawatan, hukum rumah sakit, hukum farmasi klinik, hukum kesehatan masyarakat, hukum kesehatan lingkungan, dan lain sebagainya (Hanafiah & Amir, 2016).

Sebagai seorang tenaga kesehatan, misalnya dokter, maka praktik kedokteran tidak bisa dilepaskan dari hukum. Praktik kedokteran adalah dalam rangka melaksanakan hak dan kewajiban dalam suatu hubungan hukum dokter dan pasien. Hubungan hukum antara dokter dengan pasien dikenal sebagai kontrak terapeutik. Kontrak terapeutik adalah perikatan hukum timbal balik. Pelaksanaan kewajiban oleh dokter adalah hak pasien, dan sebaliknya kewajiban pasien merupakan hak dokter. Kewajiban hukum bagi dokter adalah untuk memberikan tindakan medis dengan semaksimal dan sebaik-baiknya untuk kepentingan pasien. Dokter juga berkewajiban hukum untuk

tidak berbuat kesalahan atau kekeliruan. Dokter wajib melakukan apa yang seharusnya dilakukan dan tidak melakukan segala sesuatu yang seharusnya tidak perlu dilakukan. Hubungan dokter dan pasien ini bersifat kontraktual, namun mengingat sifat praktik kedokteran yang berdasar asas ilmiah, maka prestasi kontrak tersebutlah bukanlah hasil yang akan dicapai melainkan upayanya yang sungguh-sungguh. Pada dasarnya hubungan dokter dan pasien adalah hubungan perdata, namun bisa jadi pelayanan medis dokter di luar standar profesi bisa dikategorikan menjadi pidana jika terdapat kerugian dari tindakan medis yang menyimpang menjadi unsur kejahatan seperti kematian dan luka-luka (Chazawi, 2016).

D. Pengertian Bioetika

Asal istilah bioetika adalah dari kata *bios* yang berarti makhluk hidup dan *ethic* yang bermakna ilmu etika. Istilah bioetika pertama kali digunakan oleh *Fritz Jahr* (1927). Bioetika diartikan sebagai kewajiban moral terhadap manusia dan seluruh makhluk hidup. Istilah bioetika kembali dipopulerkan oleh *Van Rensselaer Potter* (1971) yaitu diartikan sebagai disiplin ilmu baru yang menggabungkan ilmu pengetahuan biologi dan sistem nilai manusia, atau yang menjembatani antara ilmu pengetahuan biologi dengan ilmu-ilmu kemanusiaan seperti etika, agama, budaya, hukum dan lain sebagainya. Menurut UNESCO, bioetika merupakan analisis etik yang timbul dari perkembangan ilmu hayati, pemanfaatan teknologi dan kebijakan dalam bidang kedokteran atau kesehatan (ten Have & Gordjin, 2013; Kusmaryanto, 2022).

E. Sejarah Perkembangan Bioetika

Ada beberapa peristiwa besar di dunia yang melatarbelakangi lahirnya disiplin ilmu bioetika, adalah sebagai berikut (Vaughn, 2017 ; Kusmaryanto, 2021):

1. *The Doctor's Trial* pada Perang Dunia ke-2 (1947)

Merupakan suatu riset biomedis yang dilaksanakan oleh dokter peneliti NAZI dengan subyek tawanan perang di

kamp-kamp konsentrasi NAZI. Ada berbagai macam penelitian yang dilakukan oleh dokter NAZI terhadap tawanan tersebut. Semua itu dilakukan atas nama pengembangan ilmu pengetahuan biomedis yang akan dimanfaatkan untuk kepentingan NAZI, namun tanpa persetujuan dari subjek penelitian. Subjek penelitian diinfeksi kuman kolera, *smallpox*, tifus, malaria dan lain-lain untuk mengetahui perjalanan alamiah penyakit infeksi tersebut. Untuk mengevaluasi kerja racun pada manusia, subyek peneliti diberi racun. Subyek ada yang ditembak untuk simulasi luka-luka dalam perang. Subyek ada juga yang dibekukan sampai mati. Subyek dibuat kelaparan sampai mati, disterilisasi dan dimutilasi. Salah satu yang terkenal adalah dokter Josef Mengel (*angel of death*) yang melakukan studi terhadap anak kembar sampai anak-anak tersebut mati karena berbagai intervensi berbahaya yang dilakukan terhadap mereka.

Pada saat NAZI kalah perang, dilakukan pengadilan terhadap dokter peneliti ini di kota Nuremberg sehingga lahir *the Nuremberg code*. Para dokter peneliti ini dijatuhi hukuman karena telah melakukan kejahatan melawan kemanusiaan. Poin pertama dari *the Nuremberg code* adalah tentang *informed consent* yaitu persetujuan yang diberikan secara sukarela oleh subjek manusia adalah sesuatu yang sangat esensial. *Informed consent* ini muncul dari pengadilan Nuremberg yang awalnya merupakan doktrin hukum untuk riset biomedis namun kemudian berkembang menjadi *informed consent* yang juga harus diperhatikan dalam pelayanan kesehatan.

2. *The Tuskegee Study (1930-1972)*

The Tuskegee study merupakan penelitian untuk mengetahui perjalanan alamiah penyakit sifilis yang terjadi di Tuskegee, Alabama, Amerika Serikat selama rentang waktu 1930-1972. Tragedi ini diungkap oleh seorang wartawan bernama Jean Heller ke publik Amerika Serikat. Pada penelitian ini melibatkan 600 subjek laki-laki ras *Afro-*

American, miskin, dan tidak berpendidikan. Sebanyak 400 orang subyek infeksi kuman sifilis tanpa sepengetahuannya dan tanpa diobati (padahal saat itu *penicillin* sudah ditemukan) sehingga menyebabkan kesakitan, kecacatan bahkan kematian dari subyek, sedangkan sisanya dijadikan kelompok kontrol. Selama penelitian subyek diminta kontrol ke klinik Tuskegee, akan tetapi tidak diberikan obat, hanya dikatakan kepada subjek bahwa mereka mengalami *bad blood* dan diberi makan dan janji penguburan gratis jika meninggal dunia. Peristiwa ini kemudian menimbulkan kehebohan publik karena menimbulkan banyak kematian subjek penelitian, dan terinfeksinya para istri dan anak-anak subyek sehingga dibentuklah *Belmont Commission* yang menghasilkan *The Belmont Report*. Pada tahun 1997, presiden Amerika Serikat Bill Clinton, meminta maaf secara resmi atas tragedi Tuskegee.

Isi *The Belmont Report* ini menjadi dasar etik utama penelitian biomedis yang melibatkan subyek manusia.

a. *Respect for person*

Menghormati manusia sebagai persona mencakup dua hal penting yaitu dengan menghormati kemampuannya dalam mengambil keputusan mandiri dan melindungi seseorang yang otonominya terganggu.

b. *Beneficence*

Memaksimalkan manfaat dan meminimalkan resiko dan jangan sampai merugikan. Peneliti harus mengutamakan kepentingan subjek daripada keilmuan.

c. *Justice*

Setiap orang diperlakukan sama atau tidak diskriminatif.

3. Dari tahun 1944-1974 pemerintah Amerika Serikat mensponsori eksperimen radiasi terhadap ribuan subyek manusia dewasa bahkan anak-anak. Kepada subyek tidak pernah diminta persetujuannya, bahkan penelitian tersebut menggunakan radiasi dosis tinggi.
4. Willowbrook Hepatitis Study. Pada tahun 1956 dilakukan penelitian untuk memahami penyakit hepatitis dan

vaksinnya dengan subyek ratusan anak-anak yang retardasi di rumah sakit Willowbrook State Hospital, New York. Subyek diinfeksi virus hepatitis.

F. Beberapa Masalah Bioetika dalam Bidang Kesehatan

Permasalahan bioetika terkait mana yang benar dan mana yang salah yang ditimbulkan akibat kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan menjadi topik-topik pembahasan di dalam disiplin ilmu bioetika, terutama yang menyangkut masalah hidup dan mati. Diantara topik-topik bioetika tersebut adalah masalah aborsi, teknologi reproduksi berbantu (bayi tabung, ibu pengganti dan kloning), pilihan genetik (uji genetik, terapi gen dan *stem cells*), dan *euthanasia* serta bunuh diri yang dibantu medis (Vaughn, 2017).

Pendekatan yang digunakan dalam memberikan pandangan bioetika pada topik-topik diatas adalah dengan memakai prinsip etika normatif diantaranya prinsip etika utilitarianisme dan deontologi serta pandangan agama-agama besar dunia. Utilitarianisme termasuk kedalam aliran etika konsekuensialisme (teleologi). Konsekuensialisme berprinsip bahwa suatu tindakan benar atau salah sepenuhnya tergantung pada konsekuensi yang akan ditimbulkannya. Menurut Jeremy Bentham, paham utilitarianisme menilai perbuatan baik berdasarkan pada jumlah kenikmatan yang didapat dari tindakan manusia tersebut, kemudian John Stuart Mill mengoreksi kenikmatan menjadi kenikmatan rendah dan kenikmatan tinggi atau akal budi (Kusmaryanto, 2022).

Secara prinsip, deontologi merupakan kebalikan dari konsekuensialisme. Akar kata deontologi (bahasa Yunani) *deon* yang artinya kewajiban atau tugas dan *logos* yang berarti ilmu pengetahuan. Deontologi merupakan etika kewajiban atau etika berdasarkan aturan atau norma atau prinsip. Baik buruknya suatu perbuatan hanya dinilai dari perbuatan itu sendiri bukan dari akibat yang ditimbulkannya. Walaupun tujuan dari suatu perbuatan sangat mulia, kalau pelaksanaannya dengan mengorbankan manusia, maka perbuatan itu tidak bisa

dibenarkan. Tokoh penting penggagas etika deontologi adalah Immanuel Kant yang dikenal juga dengan deontologi Kantian. Deontologi sangat mempengaruhi prinsip etika dalam pelayanan kesehatan (kaidah dasar bioetika), etika riset WHO, UNESCO dan CIOMS serta deklarasi Helsinki (Kusmaryanto, 2021).

1. Aborsi

Pandangan kapan sebenarnya kehidupan dimulai (*ensoulment*) menjadi penting ketika berhadapan dengan kasus-kasus etika pada awal mula kehidupan. Teori *immediate animation* menyatakan bahwa kehidupan dimulai segera setelah pembuahan, sedangkan teori *late animation* menyatakan bahwa kehidupan dimulai pada hari ke 40, 90 atau 120 setelah pembuahan (Kusmaryanto, 2021).

Pada kasus aborsi pandangan bioetika utilitarianisme, deontologi, dan agama bisa menjadi pro atau kontra aborsi. Utilitarianisme bisa mendukung atau menentang aborsi, tergantung pada bagaimana konsekuensi keseluruhan dari aborsi. Etika deontologi Kantian dapat berada pada posisi pro atau kontra aborsi tergantung pada apakah bayi yang belum lahir dianggap sebagai persona atau tidak, sedangkan menurut agama Katolik Roma, janin adalah orang yang tidak bersalah sejak pembuahan, dan membunuh orang yang tidak bersalah secara langsung adalah salah. Oleh karena itu, membunuh bayi yang belum lahir secara langsung bahkan untuk tujuan menyelamatkan nyawa ibu adalah hal yang tidak diperbolehkan. Namun doktrin *double effect* memperbolehkan pembunuhan secara tidak langsung terhadap bayi yang belum dilahirkan, khususnya aborsi yang dilakukan untuk menyelamatkan nyawa ibu, namun memiliki dampak yang tidak diinginkan namun dapat diperkirakan, yaitu membunuh janin tersebut (Vaughn, 2017).

2. Teknologi Reproduksi Berbantu

Penganut paham etika utilitarianisme akan mempertimbangkan, apakah secara moral diperbolehkan menggunakan teknologi reproduksi berbantu seperti bayi tabung, ibu pengganti, atau kloning? Jika manfaat teknologi lebih besar daripada kerugiannya, maka jawabannya adalah iya. Etika deontologi Kantian bisa saja menentang atau membela teknologi reproduksi berbantu. Ada yang berargumentasi bahwa teknologi reproduksi berbantu tidak diperbolehkan karena teknologi reproduksi berbantu memperlakukan anak hanya sebagai alat dan bukan tujuan. Kantian juga berargumentasi bahwa pasangan yang menghasilkan anak melakukannya justru karena mereka ingin menghormati dan mencintai keturunan mereka sebagaimana dirinya. Pandangan agama Katolik Roma menyatakan bahwa teknologi reproduksi berbantu harus ditolak secara menyeluruh (Vaughn, 2017).

3. Pilihan Genetik

Utilitarianisme kemungkinan besar mendukung pengujian genetik dan terapi gen jika keduanya cenderung mendukung kesejahteraan umum yaitu diperbolehkan secara moral jika manfaatnya lebih besar daripada risikonya. Menurut hukum kodrat Katolik Roma beberapa bentuk pengujian genetik dapat diterima secara moral. Penelitian yang menggunakan sel induk yang berasal dari embrio akan dianggap tidak bermoral karena melibatkan pemusnahan kehidupan manusia yang tidak bersalah. Gagasan Kantian tentang otonomi dan manusia sebagai tujuan dalam dirinya sendiri mendukung hak pasien untuk mengetahui (atau tidak mengetahui) hasil tes genetik, dan agar hasil tersebut dijaga sesuai dengan aturan privasi dan kerahasiaan, serta untuk diperlakukan secara adil tanpa takut akan diskriminasi genetik (Vaughn, 2017).

4. Euthanasia dan Bunuh diri yang dibantu medis

Menurut utilitarianisme, euthanasia dan bunuh diri yang dibantu medis bagi seseorang yang menderita rasa sakit yang luar biasa dan tak tertahankan mungkin diperbolehkan karena mengakhiri hidup akan menghasilkan kebahagiaan yang nyata. Hukum kodrat Katolik Roma melarang secara langsung untuk mengakhiri penderitaan seseorang, namun doktrin *double effect* memperbolehkan tindakan yang tidak disengaja namun berakibat fatal (kematian). Kantian berpendapat bahwa aturan moralitas tidak mengizinkan (bunuh diri) dalam kondisi apapun karena hal itu menurunkan sifat manusia di bawah tingkat sifat hewani dan dengan demikian akan menghancurkannya (Vaughn, 2017). Didunia terdapat negara yang menganut pro euthanasia dan kontra euthanasia, Indonesia merupakan negara yang tidak memperkenankan euthanasia dan bunuh diri yang dibantu medis.

DAFTAR PUSTAKA

- Chazawi, A.(2016). Malapraktik Kedokteran. Jakarta: Sinar Grafika
- Hanafiah, M.J. & Amir, A. (2016). Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan (Edisi 5). Jakarta: EGC
- IDI Wilayah Jawa Tengah. (2016). Dari Wedarijaksa, Pati untuk Indonesia. Semarang: IDI Wilayah Jawa Tengah
- Imaniyati, N.S. & Adam, P. (2021). Pengantar Hukum Indonesia. Sejarah dan Pokok-Pokok Hukum Indonesia. Jakarta: Sinar Grafika
- Kusmaryanto, C.B. (2021). Bioetika (Edisi 2). Jakarta: Penerbit Buku Kompas
- Kusmaryanto, C.B. (2022). Bioetika Fundamental. Jakarta: Penerbit Buku Kompas
- Sampurna, B., Syamsu, Z., Siswaja, T.D. (2007). Bioetik dan Hukum Kedokteran. Jakarta: FKUI
- ten Have, H.A.M.J & Gordjin, B. 2013. *Global Bioethics*. Dublin: SpringerReference
- Triwibowo, C. (2014). Etika dan Hukum Kesehatan. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Vaughn, L. (2017). *Bioethics Principles, Issues and Cases (3rd ed.)*. New York: Oxford University Press

BAB 5

PELANGGARAN HUKUM DAN PELANGGARAN HAM

Miftahul Jannah, S.H., M.H.

A. Pendahuluan

Indonesia merupakan negara hukum (*Rechtstaat*) sebagaimana diatur dalam Pasal 1 ayat (3) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (Undang-Undang Dasar Tahun 1945) yang menyatakan bahwa “Negara Indonesia adalah negara hukum” yang bercita-cita menciptakan masyarakat yang adil, makmur dan sejahtera dalam negara kesatuan Republik Indonesia. Maka dari itu setiap warga negaranya diharapkan turut serta dalam mewujudkan keamanan dan kesejahteraan di seluruh wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia dan berhak untuk hidup dengan bebas dan merdeka di setiap wilayah dimanapun mereka berada.¹ Setiap warga negara berhak atas jaminan, perlindungan dan kepastian hukum serta perlakuan yang sama dihadapan hukum sebagaimana diatur dalam Pasal 28D ayat (1) Undang-Undang Dasar Tahun 1945 sesuai dengan asas “*equality before the law*”.

¹ Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (Undang-Undang Dasar Tahun 1945)

Negara Hukum sering diartikan sebagai negara yang mengedepankan keadilan, adanya peraturan-peraturan, adanya perundang-undangan, dan adanya hak.² Hukum dalam arti sebagai peraturan perundang-undangan, sebenarnya adalah hukum obyektif. Sedangkan hukum dalam arti adil dan hak adalah hukum subyektif. Dalam kaitannya dengan sistem sosial yang ada dalam suatu negara maka, hukum obyektif mempunyai fungsi untuk menjaga keseimbangan susunan masyarakat, mengukur perbuatan-perbuatan manusia dalam masyarakat, apakah telah sesuai dengan norma-norma hukum yang telah ditetapkan, untuk mendidik manusia akan kebenaran, perasaan, serta perbuatan yang benar dan tidak menurut ukuran-ukuran yang telah ditetapkan.³

Cita-cita bangsa Indonesia akan terwujud dan tidak lepas dari adanya kerjasama yang baik antara pemerintah dan masyarakat. Dengan adanya kerjasama yang baik antara pemerintah dan masyarakat diharapkan cepat atau lambat tujuan dan sasaran pembangunan itu akan tercapai sehingga dapat terwujud suatu masyarakat yang adil dan makmur. Untuk menjamin kesinambungan dan mengamankan jalannya pembangunan, membutuhkan bantuan aparat penegak hukum yang bertugas menjaga ketentraman masyarakat dalam wilayah negara guna mewujudkan keamanan dan ketertiban masyarakat dalam menyelesaikan segala kasus pelanggaran hukum yang marak terjadi dikalangan masyarakat pada umumnya.

Dalam kamus bahasa Indonesia mengartikan bahwa pelanggaran ialah suatu perbuatan yang melanggar, definisi pelanggaran adalah melanggar atau melawan aturan. Pelanggaran adalah perilaku menyimpang yang berupa tindakan menurut kehendak sendiri tanpa memperhatikan aturan yang telah ditetapkan. Pelanggaran adalah *wetsdelicten*,

²Takdir, 2018, *Pengantar Hukum kesehatan*, Lembaga Penerbit Kampus IAIN Palopo : Palopo, Hlm 4.

³*Ibid*

artinya perbuatan tersebut diakui oleh masyarakat sebagai kejahatan karena undang-undang menyebutnya sebagai delik.⁴

Lebih jauh mengenai pelanggaran hukum, dapat diartikan sebagai suatu tindakan seseorang atau sekelompok yang melanggar aturan yang tidak sesuai dengan hukum-hukum yang berlaku. Pelanggaran hukum adalah bentuk pembangkangan terhadap hukum yang berlaku. Pelanggaran hukum bisa terjadi karena menganggap bahwa tindakan yang dilakukan sebagai kebiasaan bahkan kebutuhan.⁵

Pelanggaran hukum dewasa ini makin banyak terjadi dalam masyarakat, bervariasi dan makin kompleks sifatnya, termasuk pelanggaran hukum dalam dunia kesehatan, padahal salah satu unsur terpenting dari perkembangan suatu negara adalah index kesehatan warga negaranya yang baik, untuk itu setiap negara harus memiliki sistem pengaturan pelaksanaan bidang kesehatan tersebut agar tujuan menyehatkan masyarakat tercapai. Sistem pengaturan tersebut dituangkan dalam bentuk peraturan perundang-undangan yang nantinya dapat dijadikan sebagai pedoman yuridis dalam pemberian pelayanan kesehatan kepada warga negara. Untuk itu, pemahaman tentang etika dan hukum dalam kesehatan sangat penting tidak hanya bagi profesi tenaga kesehatan dan masyarakat sebagai konsumen pelayanan kesehatan tetapi juga bagi pihak akademisi dan praktisi hukum. Pemahaman mengenai etika dan hukum dalam kesehatan sangat penting untuk diketahui agar dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan sesuai dengan prosedur yang telah buat oleh pihak tenaga kesehatan tanpa ada sedikitpun pelanggaran terhadap hak asasi manusia yang terjadi.

⁴ Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI)

⁵Suparman Marzuki, 2010. *Disertasi Politik Hukum Hak Asasi Manusia (HAM) di Indonesia Pada Era Reformasi, Studi tentang Penegakan Hukum HAM dalam Penyelesaian Pelanggaran HAM Masa Lalu*, Universitas Islam Indonesia, Yogyakarta.

Kesehatan merupakan anugerah yang diberikan pencipta kepada setiap manusia untuk dijaga, karena dengan adanya anugerah kesehatan tersebut semua manusia dapat melakukan aktifitas dengan baik dalam memenuhi kebutuhan hidupnya. Namun tidak semua manusia dapat menjaga dan memelihara kesehatannya dengan baik, sehingga adakalanya manusia mengalami sakit yang membutuhkan perawatan medis untuk dipulihkan kesehatannya.⁶ Dalam hal memperoleh pelayanan kesehatan dari tenaga ahli kesehatan adakalanya hasil yang diperoleh tidak sesuai dengan apa yang diharapkan, baik itu karena kondisi manusianya yang tidak baik atau prosedur penanganan pelayanan kesehatan yang tidak sesuai dengan prosedur yang seharusnya atau dengan kata lain pelanggaran HAM. Permasalahan ini sering menjadi permasalahan dalam ranah hukum apabila pihak yang dirawat tidak menerima hasil dari pelayanan kesehatan tersebut.⁷

Bentuk-bentuk pelanggaran HAM dalam dunia kesehatan yang sering terjadi contohnya seperti tidak tersedianya tenaga kesehatan, tidak tersedianya obat, penolakan ketika mendapatkan pelayanan tertentu, dan ketidakramahan petugas kesehatan ketika mereka mengakses layanan, tindakan pemaksaan perlakuan medis yang melanggar aspek kebebasan pasien dan tindakan-tindakan yang lainnya.⁸

Hak Asasi Manusia telah menjadi perbincangan publik sejak perang dunia II, terutama setelah Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) yang didirikan pada tahun 1945 berhasil memaklumkan pernyataan umum hak asasi manusia (*Universal Declaration Of Human Rights*) pada tanggal 10 Desember 1948. Namun gagasan atau konsep hak asasi manusia telah berkembang jauh sebelumnya. Sederetan tokoh /ahli yang

⁶ Takdir, 2018, *Pengantar Hukum kesehatan*, Lembaga Penerbit Kampus IAIN Palopo : Palopo, Hlm 4.

⁷ Amri Amir, 1987, *Bunga Rampai Hukum Kesehatan*, Widy Medika : Jakarta, Hlm 54.

⁸Hermien Hadiati Koesmadji, 1992, *Beberapa Permasalahan Hukum Dan Medik*, Citra Aditya Bakti : Bandung, Hlm 11.

melakukan tindakan-tindakan kearah perlindungan hak asasi manusia.⁹

Sebagaimana yang dikatakan oleh Jack Donelly yang dikutip dalam buku hukum dan kekuasaan karya Aswanto, bahwa beliau mengatakan hak asasi manusia itu melekat pada kodrat manusia sendiri. Oleh karena itu, landasan hak asasi manusia adalah:¹⁰

1. Landasan yang langsung dan pertama adalah kodrat manusia. pengertian kodrat manusia disini bukan manusia sebagai manusia yang dipandang secara abstrak lepas dari kultur, alam semesta, sang pencipta, melainkan manusia sebagai manusia dalam segala dimensinya, dalam relasinya dengan Tuhan, masyarakat, alam lingkungan, manusia yang terpenggil untuk mempergunakan alam semesta, mengembangkan dirinya mencapai kesempurnaannya sesuai harkat martabatnya;
2. Landasan kedua dan yang lebih dalam adalah bahwa "Tuhan menciptakan manusia, yang menghendaknya supaya manusia yang diciptakanNya itu mencapai kesempurnaannya.

Hak asasi manusia sebagai hak yang melekat pada kodrat manusia, yang berarti hak-hak yang lahir bersama dengan eksistensi manusia dan merupakan konsekuensi yang hakiki kodratnya, maka sifatnya universal. Perkembangan hak asasi manusia seiring dengan perkembangan zaman dan kepentingan Negara yang bersangkutan. Hak asasi manusia lahir bersamaan dengan kelahirannya yang memiliki harkat dan martabat sebagai manusia secara kodrat dan alami. Manusia dibedakan dengan makhluk biologis lainnya (Tumbuhan dan hewan) karena harkat dan martabat yang dimilikinya.

⁹Aswanto, *Hukum dan Kekuasaan (Relasi Hukum, Politik dan Pemilu*, Rangkang Education, Yogyakarta, 2012, Hlm.104.

¹⁰*Ibid*, Aswanto, Hlm.104.

Hak asasi manusia secara umum dapat diartikan sebagai hak yang melekat pada sifat manusia yang tampil dengannya, tanpa hak asasi manusia seseorang tak dapat hidup. Ahli hukum John Locke berpendapat bahwa hak asasi manusia yang diberikan langsung oleh Tuhan Yang Maha Pencipta sebagai karunia berupa hak-hak yang bersifat kodrat. Oleh karena itu, tidak ada kekuasaan apapun di dunia ini yang dapat mencabutnya.

Untuk mengenal lebih lanjut tentang hak asasi manusia D.F Sceltens dalam bukunya *Men en Mensenrechten*, membedakan antara *Mensenrechten* (*hak asasi manusia*) dengan *Groundrechten* (*hak dasar manusia*). Perbedaan keduanya menurut Aswanto sebagai berikut :¹¹

1. Hak dasar, diambil dari terjemahan *Groundrechten* merupakan hak yang diperoleh seseorang, karena menjadi warga Negara dari suatu Negara. Dasar dari hak dasar adalah berasal dari Negara, bersifat domestic dan tidak bersifat universal.
2. Hak asasi, berasal dari terjemahan *Mensen Rechten* adalah hak yang diperoleh seseorang karena dia manusia dan bersifat universal. Sedangkan di Indonesia antara hak dasar dan hak asasi tidak dibedakan dan disebut sebagai hak asasi manusia.

Pengertian hak asasi manusia berdasarkan Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 adalah Seperangkat hak yang melekat pada hakekat dan keberadaan manusia sebagai makhluk Tuhan Yang Maha Esa dan merupakan anugerahNya yang wajib dihormati, dijunjung tinggi dan dilindungi oleh Negara, hukum, pemerintah dan setiap orang demi kehormatan serta perlindungan harkat dan martabat manusia.¹²

¹¹Aswanto, 1999, *Jaminan Perlindungan HAM Dalam KUHAP dan Peranan Bantuan Hukum Terhadap Penegakan HAM di Indonesia*, Surabaya, Hlm.20.

¹² Hasbullah, 2003. *Tesis Politik Hukum Ratifikasi Konvensi Hak Asasi Manusia di Indonesia; Upaya Mewujudkan Masyarakat yang Demokratis*, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.

Secara garis besar dalam Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 membahas tentang Hak Asasi Manusia dan kebebasan dasar manusia (Pasal 9 s/d Pasal 66) terdiri dari :¹³

1. Hak untuk hidup;
2. Hak berkeluarga dan melanjutkan keturunan;
3. Hak mengembangkan diri;
4. Hak memperoleh keadilan;
5. Hak atas kebebasan pribadi;
6. Hak atas rasa aman;
7. Hak atas kesejahteraan;
8. Hak turut serta dalam pemerintahan;
9. Hak wanita;
10. Hak anak.

Dari berbagai pengertian tentang Hak asasi manusia, sesuai dengan mekanisme universal, HAM dapat dikelompokkan sebagai berikut :¹⁴

1. Hak sipil (*civil rights*) yang terdiri dari :
 - a. *Integrity rights*, hak menyangkut keutuhan hidup meliputi:
 - 1) *Right to life* (hak hidup);
 - 2) *No death penalty* (tidak boleh ada hukum mati);
 - 3) *No torture* (tidak boleh ada penyiksaan);
 - 4) *No slavery* (tidak boleh ada perbudakan);
 - 5) *Freedom of residence* (kebebasan untuk memilih tempat tinggal);
 - 6) *Freedom of movement* (kebebasan untuk bergerak);
 - 7) *Right to leave any country, return* (hak untuk hidup di Negara mana saja, serta kembali ke negara asli);
 - 8) *Protection of privacy, honour and reputation* (perlindungan atas privasi, kehormatan dan reputasi);

¹³ Rhoda W. Howard, 1992. *"Dignity, Community and Human Rights"*, dalam Abdullah Ahmed An-Naim (Ed), *Human Rights in Cross Cultural Perspective: A Quest for Consensus*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia.

¹⁴ Aswanto, 2000, *Penegakan Syariat Islam, Peluang dan Tantangannya (Suatu kajian perspektif HAM) Makalah*, Makassar, Hal.7.

- 9) *Protection of property* (perlindungan atas hak kebendaan);
- 10) *Freedom of thought, conscience and religion* (kebebasan berfikir, memilih agama);
- 11) *Right to seek asylum from persecution* (hak untuk meminta perlindungan suaka politik dari rasa ketakutan);
- 12) *Right to family life* (hak untuk hidup dengan keluarga).

b. *Due process rights* (hak untuk proses hukum yang adil) meliputi :

- 1) *No arbitrary arrest, detention or exile* (tidak boleh ada kesewenang-wenangan dalam penangkapan, penahanan atau pembuangan);
- 2) *Right to effective remedy* (hak untuk mendapat pembinaan yang efektif);
- 3) *Right to fair trial* (hak atas pengadilan yang jujur);
- 4) *Equality before the courts* (semua orang bersamaan kedudukannya di depan pengadilan);
- 5) *Right to the accused* (hak bagi terdakwa, lihat KUHAP);
- 6) *Nulla poena sine lege* (asas legalitas, tidak boleh dihukum seseorang kalau perbuatan yang dilakukan itu belum diatur di dalam undang-undang sebagai kejahatan).

2. Hak politik (*Political Rights*), terdiri atas :

- a. *Opinion and expression* (hak berpendapat dan mengeluarkan pendapat);
- b. *Assembly and association* (hak berkumpul dan berorganisasi);
- c. *Take part in government* (hak untuk mengambil bagian dalam pemerintahan);
- d. *Equal access to public service* (hak yang sama untuk memanfaatkan pelayanan umum);
- e. *Elect and be elected* (hak dipilih dan memilih).

3. *Socioeconomic right* (hak sosial ekonomi), meliputi :
 - a. *Right to work* (hak mendapatkan pekerjaan);
 - b. *Equal pay for equal work* (hak mendapat upah yang seimbang dengan pekerjaan);
 - c. *No forced labour* (tidak boleh ada pemaksaan tenaga kerja);
 - d. *Trade union* (hak membuat serikat pekerja);
 - e. *Organize and col, bargaining* (hak untuk melakukan negosiasi);
 - f. *Restand leisure* (hak menggunakan waktu istirahat);
 - g. *Adequate standard of living* (hak mendapatkan standar hidup seimbang);
 - h. *Right to food* (hak mendapatkan makanan);
 - i. *Right to health* (hak mendapatkan kesehatan);
 - j. *Right to housing* (hak mendapatkan perumahan);
 - k. *Right to education* (hak mendapatkan pendidikan).
4. *Cultural rights* (hak asasi di bidang budaya) meliputi :
 - a. *Take part in cultural life* (hak mengambil bahagian dalam kehidupan budaya);
 - b. *To benefit from scientific life* (hak untuk menikmati/memanfaatkan kemajuan ilmu pengetahuan);
 - c. *Protection of authorship and copyright* (perlindungan terhadap kebebasan mengarang dan hak cipta);
 - d. *Freedom in scientific research and creative activity* (kebebasan dalam meneliti ilmu pengetahuan dan berkreasi).

Selain pengelompokan HAM seperti di atas dikenal juga *right to self determination; women's rights; non discrimination; protection of children; protection of minorities*, yang merupakan kelompok *classic rights*, serta generasi baru dari HAM yaitu hak membangun, hak informasi serta hak lingkungan hidup.¹⁵

Perlindungan dan jaminan hak asasi manusia secara konstitusional di Negara Indonesia telah ada walaupun belum maksimal jika dibandingkan dengan perlindungan dan jaminan

¹⁵KoentjoroPoerbopranoto, 1979. *Hak Hak Asasi Manusia Dan Pancasila*, Pradnya Paramita : Jakarta, hlm 52

dalam instrumen internasional.¹⁶ Jaminan tersebut dapat dirunut dalam berbagai peraturan perundang-undangan, mulai dari Pancasila, Pembukaan dan Batang tubuh Undang-Undang Dasar 1945, sampai pada aturan-aturan organik lainnya, seperti Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia, Undang-Undang Nomor 26 Tahun 2001 tentang Pengadilan Hak Asasi Manusia.¹⁷

Hak asasi manusia di Indonesia pada satu sisi telah dilindungi dan dijamin dalam peraturan perundang-undangan, namun sisi lain kehidupan keseharian diwarnai dengan perilaku-perilaku yang tidak menghargai harkat dan martabat manusia.¹⁸ Pelanggaran hak asasi manusia yang terjadi dalam masyarakat, hampir meliputi semua aspek kehidupan berbangsa dan bernegara, serta semakin hari semakin memperlihatkan modus operandi yang semakin tidak manusiawi.¹⁹ Pelanggaran tersebut meliputi perilaku legislator kurang baik bahkan tidak mengakomodasi perlindungan hak asasi manusia dalam setiap peraturan perundang-undangan yang dibuat, pelanggaran hak asasi ini disebut sebagai "*legislative violence*". Pelanggaran hak asasi manusia karena tindakan aparat yang disebut dengan "*violence of action*" seperti yang terjadi dalam berbagai kasus, antara lain jembatan semanggi Jakarta, Aceh, Maluku, Irian Jaya, Kalimantan Timur, Mataram dan Ketapang.

¹⁶ Nad Suparman Marzuki, 2010. *Disertasi Politik Hukum Hak Asasi Manusia (HAM) di Indonesia Pada Era Reformasi, Studi tentang Penegakan Hukum HAM dalam Penyelesaian Pelanggaran HAM Masa Lalu*, Universitas Islam Indonesia : Yogyakarta, hlm 2

¹⁷ Hasbullah, 2003, *Tesis Politik Hukum Ratifikasi Konvensi Hak Asasi Manusia di Indonesia; Upaya Mewujudkan Masyarakat yang Demokratis*, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, hlm 33.

¹⁸ Bagir Manan, 2001. *Perkembangan Pemikiran dan Pengaturan Hak Asasi Manusia di Indonesia*, Alumni, Bandung.

¹⁹ Darwan Printz, 2001. *Sosialisasi, Diseminasi Penegakan Hak Asasi Manusia*, Citra Aditya Bakti, Bandung, hlm 94.

Jenis pelanggaran hak asasi manusia yang terjadi karena pembiaran oleh institusi yang berfungsi sebagai *"guardian of human rights"* pelanggaran ini disebut *"violence of omission"*. Pelanggaran harkat dan martabat manusia sekarang bergeser pada pelanggaran antara individu dengan individu lainnya dan kecenderungannya kasus tersebut berlanjut dan berkembang pada berbagai daerah, seperti kasus dukun santet di Banyuwangi, kasus pembantaian antar agama yang berbeda di Ambon, Maluku dan berbagai tempat lain. Pada hakekatnya pelanggaran seperti ini dapat dikelompokkan sebagai *"violence by omission"* artinya pemerintah harus bertanggung jawab sebagai *"guardian of human rights"* menciptakan kondisi masyarakat yang kondusif tidak terjadi pelanggaran harkat dan martabat manusia²⁰

²⁰ Aswanto, 1999. *Jaminan Perlindungan HAM Dalam KUHAP dan Peranan Bantuan Hukum Terhadap Penegakan HAM di Indonesia*, Surabaya, hlm 36.

DAFTAR PUSTAKA

- Amri Amir, 1987, *Bunga Rampai Hukum Kesehatan*, Widya Medika : Jakarta.
- Aswanto, 2012, *Hukum dan Kekuasaan (Relasi Hukum, Politik dan Pemilu*,
Rangkang Education, Yogyakarta.
- Aswanto, 1999, *Jaminan Perlindungan HAM Dalam KUHAP dan Peranan Bantuan Hukum Terhadap Penegakan HAM di Indonesia*, Surabaya.
- Aswanto, 2000, *Penegakan Syariat Islam, Peluang dan Tantangannya (Suatu kajian perspektif HAM) Makalah*, Makassar.
- Bagir Manan, 2001. *Perkembangan Pemikiran dan Pengaturan Hak Asasi Manusia di Indonesia*, Alumni, Bandung.
- Darwan Printz, 2001. *Sosialisasi, Diseminasi Penegakan Hak Asasi Manusia*, Citra Aditya Bakti, Bandung.
- Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (Undang-Undang Dasar Tahun 1945
- Harmien Hadiati Koeswadji, 1992, *Beberapa Permasalahan Hukum Dan Medik*, Citra Aditra Bakti : Bandung.
- Hasbullah, 2003. *Tesis Politik Hukum Ratifikasi Konvensi Hak Asasi Manusia di Indonesia; Upaya Mewujudkan Masyarakat yang Demokratis*, Universitas Gadjadara, Yogyakarta.
- Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI)
- Kuntjoro Purbopranoto, 1979. *Hak Hak Asasi Manusia Dan Pancasila*, Pradnya Paramita : Jakarta.
- Nad Suparman Marzuki, 2010. *Disertasi Politik Hukum Hak Asasi Manusia (HAM) di Indonesia Pada Era Reformasi, Studi tentang Penegakan Hukum HAM dalam Penyelesaian Pelanggaran HAM Masa Lalu*, Universitas Islam Indonesia : Yogyakarta.

- Rhoda W. Howard, 1992. *"Dignity, Community and Human Rights", dalam Abdullah Ahmed An-Naim (Ed), Human Rights in Cross Cultural Perspective: A Quest for Consensus*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia.
- Suparman Marzuki, 2010. *Disertasi Politik Hukum Hak Asasi Manusia (HAM) di Indonesia Pada Era Reformasi, Studi tentang Penegakan Hukum HAM dalam Penyelesaian Pelanggaran HAM Masa Lalu*, Universitas Islam Indonesia, Yogyakarta.
- Takdir, 2018, *Pengantar Hukum kesehatan*, Lembaga Penerbit Kampus IAIN Palopo : Palopo.

BAB 6

MALPRAKTIK DAN TINDAKAN PENCEGAHANNYA

Mika Sugarni, S.Tr.Keb., M.Keb.

A. Pendahuluan

Pemberian pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang berupa pelayanan medis pada dasarnya memiliki tujuan untuk melakukan pencegahan, pengendalian dan pengobatan terhadap penyakit yang diderita dengan harapan terjadinya penyembuhan. Namun pelayanan dokter atau tenaga medis lainnya, kadang kala tidak sesuai dengan harapan kedua belah pihak. Bagi dokter yang tidak berhasil menyembuhkan atau malah makin memperparah kondisi pasien bahkan berujung pada kematian dapat dicurigai telah terjadi kelalaian dalam melakukan tindakan mediknya terhadap pasien (Puspitasari, 2018).

Saat ini tidak sedikit kasus pasien yang menuntut dokter akibat kegagalan tindakan perawatan atau pengobatan yang dilakukan. Hal ini dapat terjadi karena pada kalangan masyarakat sudah banyak yang memahami dan memiliki kesadaran akan hukum terkait dengan pelayanan medik. Kemudian terdapat pula pasien yang mengalami malpraktik, namun tidak memberikan tuntutan pada petugas kesehatan yang melayani dengan alasan mereka takut untuk menyampaikan ketidakpuasan atas metode pengobatan dan hasil yang dilihat tidak sesuai keinginan. Alasan lainnya para pasien yang tidak melaporkan kerugian fisik yang dialami setelah tahap penyembuhan mereka kebingungan untuk melaporkan dimana dan kepada siapa.

Pada dugaan malpraktik medik yang terjadi, baik dokter maupun pasien berhak untuk memperoleh perlindungan hukum dari negara, lembaga maupun organisasi profesi. Ada berbagai macam factor yang jadi dasar atau latar belakang munculnya gugatan-gugatan malpraktik tersebut dan biasanya berhubungan dengan kerugian psikis dan fisik dari klien yang ditangani. Mulai dari kesalahan diagnosis dan pada akhirnya mempengaruhi jenis terapi yang dilakukan klien hingga kesalahan tim medis dapat berlanjut pada fase yang lebih lanjut (Sibarani, 2017).

Istilah malpraktik digunakan kalangan profesi untuk menggambarkan kelalaian, penyimpangan, kesalahan, atau ketidakmampuan praktik profesi sesuai dengan standar, yang berakibat merugikan konsumen. Berkaitan dengan pelayanan kesehatan, kepuasan pasien dapat tidak sesuai dengan kebutuhan medis. Istilah *overutilization* atau *unnecessary utilization*, yang sebenarnya merupakan penyimpangan dalam praktik kedokteran, yang sering dianggap sebagai upaya memuaskan pasien. Selanjutnya, dalam melaksanakan pekerjaannya, seorang yang memiliki profesi yang berkaitan dengan manusia lainnya wajib melakukan yang terbaik berdasarkan standar profesi masing-masing dan standar operasional prosedur (Muchtar, 2016).

B. Definisi Malpraktik

Pada dasarnya malpraktik terdiri dari dua suku kata yaitu *mal* dan *praktik*. Kata “mal” berasal dari bahasa Yunani yang berarti buruk atau sesuatu yang tidak baik. Sedangkan kata “praktik” menurut KBBI dapat diartikan sebagai pelaksanaan atau menjalankan perbuatan secara nyata dari apa yang sudah dijelaskan dalam teori. Sehingga malpraktik berarti menjalankan suatu pekerjaan atau profesi yang buruk kualitasnya.

Malpraktik merupakan istilah yang jenisnya umum dan cenderung berhubungan dengan yuridis. Secara umum malpraktik adalah sesuatu yang buruk, yang tidak memenuhi standar yang telah ditentukan oleh suatu organisasi profesi. Sedangkan dalam artian khusus yang dilihat dari sudut pandang pasien atau klien malpraktik dapat terjadi di dalam proses penentuan diagnosis, ketika melakukan tindakan operasi, perawatan, atau setelah melakukan perawatan.

Menurut *Black's Law Dictionary* mendefinisikan malpraktik sebagai "*unprofessional misconduct or unreasonable lack of skill*". Malpraktik merupakan kegagalan dalam menggunakan tingkat keterampilan tertentu yang diterapkan dalam semua keadaan di masyarakat umum oleh para anggota profesi yang bereputasi yang mengakibatkan adanya cedera, kehilangan, kerusakan pada si penerima jasa profesional atau bagi mereka yang mengandalkan atau membutuhkan bantuan kepada para pemberi layanan namun hasilnya malah berakibat buruk (Muchtar, 2016).

Berdasarkan *Coughlin's Law Dictionary*, malpraktik adalah suatu sikap yang salah dari seseorang atau anggota yang berprofesi, seperti para dokter, perawat, bidan, ahli hukum, akuntan, dokter gigi, dokter hewan dan jenis profesi lainnya. Sedangkan menurut *The Oxford Illustrated Dictionary*, malpraktik yaitu tindakan yang salah, pemberian pelayanan terhadap pasien yang tidak benar oleh profesi medis, tindakan yang ilegal untuk memperoleh keuntungan sendiri sewaktu dalam posisi kepercayaan (Triwibowo, 2014).

Dapat ditarik kesimpulan bahwa malpraktik adalah suatu perbuatan yang dilakukan seseorang berprofesi di bidang tertentu baik tindakan yang disengaja (*intentional*), seperti pada kelakuan buruk (*misconduct*) tertentu, tindakan tidak disengaja seperti adanya kelalaian (*negligence*) ataupun suatu ketidakmahiran dan ketidakkompeten yang tidak beralasan sehingga mengakibatkan kerugian bagi penerima tindakan atau layanan yang berhubungan dengan masalah psikis maupun fisik yang nantinya akan diberikan sanksi atau hukuman secara yuridis.

C. Malpraktik Medik

Malpraktik umumnya berkaitan dengan malpraktik medis. Malpraktik medis adalah jenis praktik yang salah, baik disebabkan karena kelalaian atau murni kesalahan yang dilakukan oleh dokter atau tim medis lainnya yang mendapat persetujuan dari klien bersangkutan ataupun tidak, dimana terjadi selama pemberian tindakan atau setelah pelayanan medis yang sesuai dengan keahlian dari dokter atau tenaga kesehatan tersebut yang jika dilanggar dan mengakibatkan adanya masalah atau kerugian bagi klien, maka dokter atau tenaga kesehatan yang bertindak wajib bertanggung jawab dengan memberikan ganti rugi kepada klien baik berupa materi, perawatan pemulihan atau lainnya (Widjaja, 2015).

Suatu tindakan dianggap sebagai perbuatan malpraktik jika memenuhi kriteria sebagai berikut :

1. Tindakan medis yang dilakukan tidak sesuai dengan penjelasan yang diberikan sebelumnya kepada klien
2. Tindakan medis yang dilakukan tidak sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh klien atau tidak sama dengan persetujuan dari klien
3. Tindakan medis yang dilakukan tidak sesuai standar
4. Tindakan medis tidak dilakukan berdasarkan prinsip kehati-hatian
5. Ada kesalahan atau kelalaian dalam medic tindakan
6. Tindakan medis tersebut menyebabkan kerugian nyata dan langsung kepada klien yang diberikan perlakuan (Rokayah & Widjaja, 2022).

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa malpraktik medis dapat terjadi karena beberapa hal berikut :

1. Pelaksana/petugas tidak memiliki kompetensi
2. Terdapat kesalahan dan kelalaian pada pelaksanaan perawatan atau tindakan
3. Perbedaan persepsi antara pemberi layanan (dokter atau profesi lain) dan pasien terkait tahapan pemberian pelayanan kesehatan

4. Adanya komunikasi yang kurang dan tidak jelas antara dokter dan pasien
5. Memberikan janji terhadap sesuatu yang dikerjakan dalam hal perawatan atau pengobatan secara medis bukanlah suatu hal yang pasti.
6. Ketidakpuasan klien terhadap hasil yang diperoleh setelah mendapat perawatan

D. Jenis Malpraktik

Secara umum malpraktik medis dapat dibagi menjadi malpraktik medis sebagai pelanggaran hubungan kontraktual dan malpraktik medis sebagai pelanggaran fidusia hubungan yang dilindungi Undang-Undang. Malpraktik medis juga dibedakan menjadi dua bentuk, yaitu malpraktik etik dan malpraktik yuridis .

1. Malpraktik Etik

Malpraktik etik merupakan tindakan yang dilakukan oleh para medis atau tenaga kesehatan yang tidak sesuai dengan etika profesinya sebagai tenaga kesehatan dan melanggar kode etik profesi yang menaunginya. Malpraktik etik berkaitan dengan pertentangan tindakan yang telah diberikan dengan standar etika, aturan organisasi profesi, prinsip kerja dan norma yang berlaku dimasyarakat maupun yang tercantum dalam standar operasional prosedur profesi. Malpraktik etik biasanya dialami sebelum dan selama pemberian pelayanan kesehatan.

2. Malpraktik Yuridis

Malpraktik yuridis dibedakan menjadi tiga jenis malpraktik yang dilihat dari segi hukum yaitu sebagai berikut :

a. Malpraktik Pidana

Malpraktik pidana (*criminal malpractice*) jika klien/pasien yang diberikan perawatan atau pengobatan mengalami kehilangan nyawa atau mengalami cacat akibat tenaga kesehatan yang bekerja tidak berhati-hati

atau kurang cermat dalam melakukan keterampilan medisnya terhadap pasien.

Kriteria *criminal malpractice* jika perbuatan seseorang tersebut manakala memenuhi rumusan unsur pidana yaitu perlakuan yang menyimpang dan tidak sesuai kaidah pelaksanaan keterampilan, mengenai sikap batin seperti melakukan kesengajaan atau *culpa*, dan mengenai sebab akibat sehingga menimbulkan kerugian bagi kesehatan klien atau pasien.

Malpraktik pidana terdapat tiga bentuk sebagai berikut :

1) Perlakuan Menyimpang Karena Kesengajaan

Semua tindakan dalam pelayanan kesehatan dapat memiliki peluang untuk mengalami kesalahan yang pada akhirnya menyebabkan malpraktik. Perlakuan tidak selalu bersifat aktif dengan terjadinya perubahan wujud atau kondisi tetapi juga termasuk tidak berbuat sebagaimana mestinya, karena dengan tidak melakukan apapun dapat melanggar suatu kewajiban hukum. Tidak mengerjakan tahap dan mekanisme pengobatan merupakan bagian dari perlakuan yang dapat menjadi objek malpraktik.

Contoh kasus malpraktik pidana karena kesengajaan (*intensional*) ini misalnya pada kasus aborsi tanpa indikasi medis yang jelas, tidak melakukan pertolongan dan penanganan awal pada kasus gawat darurat padahal diketahui bahwa tidak ada orang lain atau petugas medis yang bisa membantu, dan pemberian surat keterangan yang tidak benar.

2) Sikap Batin

Sikap batin merupakan sesuatu yang ada di dalam batin seseorang sebelum seseorang berbuat. Kategori yang dimaksud berhubungan dengan batin dapat berupa suatu kehendak, pengetahuan, pikiran, perasaan, dan apapun yang melukiskan kondisi batin

seseorang sebelum orang tersebut melakukan tindakan.

Apabila kemampuan mengarahkan dan mengikuti kata hari dengan melakukan perbuatan tertentu yang dilarang, maka hal tersebut termasuk dalam kesengajaan. Namun, apabila perasaan atau keinginan itu tidak digunakan sebagaimana mestinya dalam hal melakukan suatu perbuatan yang pada kenyataannya dilarang, maka sikap tersebut dinamakan kelalaian. Sebelum tindakan seseorang dilakukan, ada tiga arah sikap batin itu sendiri, yaitu:

- a) Sikap batin mengenai wujud perbuatan (therapis)
- b) Sikap batin mengenai sifat melawan hukum perbuatan
- c) Sikap batin mengenai akibat dari hasil perbuatan

Kelalaian atau *culpa* yang terjadi memiliki dua aspek yaitu *culpa* subjektif dan *culpa* objektif. Ajaran *culpa* subjektif dilakukan oleh orang lain yang menilai sikap batin seseorang yang dianggap lalai, kurang mengindahkan atau kurang berhati-hati dalam penggunaan alat atau keterampilan yang diterapkan. Biasanya juga si pembuat tidak menyadari kesalahan yang sudah dilakukannya. Sedang ajaran *culpa* objektif dalam menilai sikap batin lalai pada diri seseorang dengan membandingkan antara perbuatan pelaku pada perbuatan yang dilakukan orang lain yang berkualitas sama dalam keadaan yang sama pula.

3) Dampak Kerugian

Dari sudut hukum pidana, akibat yang merugikan masuk dalam lingkup pidana. Apabila jenis kerugian termasuk dalam kejahatan akan menjadi unsur pidana akibat kematian atau luka yang dijelaskan pada Pasal 359 dan 360 yang memuat bila kelalaian perlakuan medis masuk kategori malpraktik pidana. Perlakuan medis yang melanggar pasal 359

dan 360 berarti melanggar Pasal 310 KUHAP sebagai malpraktik pidana.

b. Malpraktik Perdata

Ditinjau dari hukum perdata, hubungan hukum yang terjadi antara tenaga kesehatan dan pasien yaitu hubungan perikatan, yang mana bahwa tenaga kesehatan dan pasien telah mengikatkan diri dengan segala kesepakatan atau perjanjian yang harus dipenuhi oleh masing-masing pihak. Hal ini dijelaskan pada pasal 1313 KUH Perdata yang menegaskan bahwa “suatu perjanjian adalah suatu perbuatan yang mana satu orang atau lebih mengikatkan dirinya terhadap satu orang atau lebih”.

Dilihat dari lahirnya perikatan, terdapat dua kelompok, pertama perikatan yang disebabkan oleh suatu kesepakatan dan apabila kesepakatan ini dilanggar akan menyebabkan wanprestasi pada pelayanan terapeutik. Kelompok kedua yaitu perikatan yang disebabkan oleh Undang-Undang, apabila ini dilanggar akan menyebabkan perbuatan yang melawan hukum.

Wanprestasi

Wanprestasi adalah prestasi yang buruk yang pada dasarnya melanggar isi/kesepakatan perjanjian kontrak oleh salah satu pihak. pihak yang melanggar disebut debitur, sedangkan pihak yang dilanggar disebut kreditur.

Bentuk nyata pelanggaran debitur terdapat empat macam yaitu :

- 1) Tidak memberikan prestasi sama sekali sebagaimana yang diperjanjikan
- 2) Memberikan prestasi tidak sebagaimana mestinya, tidak sesuai kualitas atau kuantitas dengan yang diperjanjikan
- 3) Memberikan prestasi tetapi sudah terlambat tidak tepat waktu sebagaimana tertulis dalam perjanjian
- 4) Memberikan prestasi yang lain dari yang dipertanyakan.

Perikatan hukum yang terjadi antara pasien dan tenaga kesehatan termasuk dalam perikatan usaha yang artinya sebagai bentuk perikatan yang isi prestasinya adalah salah satu pihak harus berbuat sesuatu secara maksimal yang dilakukan dengan sebaik-baiknya kepada pihak lain dengan tujuan untuk kesembuhan pasien meskipun tenaga kesehatan tidak menjanjikan adanya kesembuhan pasien namun mengusahakan secara maksimal.

Terkait masalah perikatan ini yang diatur dalam pasal 1233 KUH Perdata yang mana perikatan ada karena berasal dari Undang-Undang dan karena adanya perjanjian. Isi dari perjanjian tersebut memiliki tiga unsur yaitu berbuat sesuatu, tidak berbuat sesuatu dan memberikan sesuatu pada pasal 1234 BW. Kemudian aturan yang digunakan untuk mengatur kesesuaian kehendak atau keinginan seseorang dan pihak lain untuk membuat perjanjian terdapat pada pasal 1320 dan pasal 1338 KUH Perdata yang menunjukkan bahwa setiap manusia maupun badan hukum memiliki kesempatan untuk menyatakan keinginannya dalam menyusun perjanjian dengan mematuhi beberapa ketentuan yang telah disepakati yang termuat dalam pasal 1339 KUH Perdata (Widayati & Suryawan, 2016).

Selain adanya pelanggaran isi perjanjian wanprestasi juga memiliki unsur kerugian yang terdapat pada pasal 1243 BW.

Perbuatan Melawan Hukum

Merupakan suatu bentuk tindakan pidana, dan apabila perbuatan melawan hukum tersebut dapat membawa kerugian baik berupa materiil maupun immaterial dapat terjerat hukum perdata. Dalam pasal 1365 BW disebutkan bahwa setiap perbuatan melanggar hukum yang membawa kerugian kepada orang lain, diwajibkan orang yang terlibat mengganti kerugian tersebut.

Penentuan apakah kerugian yang dialami seseorang karena wanprestasi atau perbuatan melawan hukum adalah dengan menentukan apakah malpraktik tersebut berdampak besar atau tidak. Kerugian dari perbuatan melawan hukum seperti hilangnya harapan kesembuhan setelah diberi perawatan, rasa penderitaan berkepanjangan, kehilangan bagian tertentu dari tubuh, hilang ingatan, luka-luka bahkan sampai menyebabkan kematian.

Suatu perbuatan dikategorikan melawan hukum dengan syarat :

- 1) Bertentangan dengan hak orang lain
- 2) Bertentangan dengan kewajiban hukumnya sendiri
- 3) Bertentangan dengan nilai dan norma kesusilaan
- 4) Bertentangan dengan keharusan yang harus diindahkan dalam pergaulan masyarakat mengenai orang lain atau benda

Berdasarkan rumusan pada pasal 1365 BW terdapat empat syarat yang harus dipenuhi untuk menuntut kerugian yang dialami yaitu :

- 1) Adanya perbuatan yang termasuk kualifikasi perbuatan melawan hukum
- 2) Adanya kesalahan yang dilakukan oleh pemberi layanan
- 3) Adanya kerugian berupa materiil dan immaterial yang dialami
- 4) Adanya hubungan perbuatan dengan akibat kerugian antara perbuatan melanggar hukum dengan kerugian yang diderita

Setelah mengetahui syarat yang perlu dipenuhi untuk dapat menuntut penggantian kerugian, pasien juga harus membuktikan adanya empat unsur berikut ini :

- 1) Adanya suatu kewajiban bagi tenaga kesehatan terhadap pasien yang ditanganinya
- 2) Tenaga kesehatan secara jelas telah melanggar standar pelayanan medis yang lazim digunakan
- 3) Pasien telah menderita kerugian yang dapat dimintakan ganti ruginya
- 4) Pasien sadar kerugian tersebut disebabkan oleh tindakan dibawah standard

c. Malpraktik Administrasi

Pada aspek hukum administrasi menyatakan bahwa tenaga kesehatan yang akan melakukan praktik baik di institusi kesehatan maupun mandiri wajib memiliki izin yang dikeluarkan pemerintah dan organisasi profesi. Hal ini termuat dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan pasal 23 ayat 3 “dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan wajib memiliki izin dari pemerintah”. Misalnya persyaratan bagi tenaga kesehatan dalam menjalani profesinya wajib memiliki Surat Tanda Register (STR) dan jika akan membangun klinik wajib memiliki Surat Izin Praktik (Triwibowo, 2014).

Izin merupakan pembolehan untuk melakukan sesuatu yang secara umum dilarang atau dibatasi. Izin menjalankan praktik memiliki dua makna tersirat yaitu :

- 1) Izin dalam arti pemberian kewenangan secara formal
- 2) Izin dalam arti pemberian kewenangan secara materiil

Perangkat izin menurut hukum administrasi :

- 1) Mengarahkan aktivitas, artinya pembolehan izin baik formal maupun materiil dapat memberikan kontribusi ditegakkannya penerapan standar profesi yang wajib dipenuhi oleh setiap tenaga kesehatan
- 2) Meminimalisir dan mencegah risiko bahaya yang bisa saja muncul

- 3) Melakukan proses seleksi yaitu dengan penilaian administrasi serta kemampuan keterampilan yang dimiliki tenaga kesehatan
- 4) Memberikan perlindungan terhadap masyarakat yang menerima tindakan dari seseorang yang tidak berkompeten di bidangnya.

Pelanggaran hukum administrasi akan dikenai sanksi administrasi yang dapat berupa peringatan tertulis dan pencabutan izin sementara atau izin tetap serta denda administrasi yang tertera dalam Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 pasal 188 ayat 1 yang berbunyi "menteri dapat mengambil tindakan administratif terhadap tenaga kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan yang melanggar ketentuan sebagaimana diatur dalam Undang-Undang ini".

Malpraktik administratif terjadi jika tenaga kesehatan melakukan pelanggaran terhadap hukum administrasi negara yang berlaku, seperti menjalankan praktik tanpa lisensi atau izin praktik, memalsukan dokumen yang menunjang kegiatan praktik, melakukan tindakan yang tidak sesuai dengan lisensi atau batas kewenangan, izin praktik yang sudah kadaluarsa dan sengaja untuk tidak melakukan perpanjangan, praktik tanpa membuat rekam medis atau membuat rekam medis yang tidak sesuai dengan kondisi klien atau pasien yang dapat berobat.

E. Penyebab Malpraktik

Tolak ukur kejadian malpraktik bagi tenaga kesehatan di Indonesia bersifat kasuistik yang artinya bahwa tidak selalu sama tergantung pada kasus yang terjadi dan posisi masing-masing. Adapun syarat yang menunjang penyebab dari malpraktik adalah :

1. Dilanggarnya standar profesi dan kode etik profesi.
2. Bekerja tidak sesuai dengan standar operasional prosedur.
3. Tidak mengetahui dengan baik tindakan yang dilakukan.

4. Tidak kompeten pada bidang yang dilakukan praktik.
5. Kekurangan dalam pendidikan, pelatihan, orientasi dan pengalaman.
6. Tidak dilakukan informed consent atau melanggar isi persetujuan tersebut.
7. Tidak menjaga kerahasiaan klien/pasien.
8. Dilanggarnya hak dan kewajiban pasien dan dokter.
9. Dilanggarnya prinsip-prinsip profesional.
10. Dilanggarnya nilai etika, norma, dan kesusilaan umum.
11. Staf yang tidak memadai dan/atau pengawasan yang buruk.
12. Tidak ada audit dalam sistem.
13. Tidak ada seorangpun yang bersedia menerima kesalahan atau mengubah sistem.
14. Kegagalan teknik terkait peralatan medis.
15. Kebijakan yang tidak memadai untuk memandu petugas kesehatan.

F. Tindakan Pencegahan Malpraktik

Banyak kasus dalam lingkup kesehatan yang sebagian besar berhubungan dengan malpraktik. Mengingat hal tersebut selaras dengan besarnya tanggung jawab dan beban kerja tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat dengan mengupayakan pendidikan linear bagi setiap tenaga kesehatan yang tujuannya diharapkan mampu melahirkan lulusan yang berintegritas dan mampu memberikan pelayanan yang berkualitas serta bertindak sebagai professional (Ginting, 2017).

Masalah yang ditemukan saat ini adalah semakin banyaknya tenaga kesehatan yang melakukan kelalaian ketika melaksanakan tugas profesinya dan tidak kompeten hingga menimbulkan kerugian terhadap klien yang dirawat.

Penyedia layanan kesehatan juga mempunyai keinginan untuk meningkatkan hasil perawatan sekaligus untuk mengurangi risiko malpraktik pada pasien. Masalah medis yang dapat dicegah mempunyai kontribusi besar terhadap pengeluaran biaya oleh si pasien. Sehingga pentingnya untuk

menjaga keselamatan pasien dengan menciptakan lingkungan praktik yang aman bagi keduanya yaitu bagi penerima layanan dan pemberi serta penyedia layanan (Rodziewicz, B., & Hipskind, 2023).

Tindakan keselamatan pasien yang bisa dilakukan untuk menghindari terjadinya kesalahan dalam perawatan medis meliputi :

1. Mengidentifikasi bahaya dan risiko keselamatan pasien.
2. Mengidentifikasi pasien dengan benar seperti melakukan anamnesa dengan teliti dan sebelum bertindak perlunya mengkonfirmasi identitas pasien.
3. Memahami dengan baik tindakan yang akan dilaksanakan
4. Meningkatkan komunikasi untuk memperjelas mekanisme tindakan sebelum dilakukan dan yakin bahwa pasien telah paham dengan penjelasan.
5. Menyampaikan hasil tes kepada orang yang tepat dan cepat.
6. Mencegah infeksi dengan membersihkan tangan, antibiotik pasca operasi, penggantian kateter, saluran sentral dan bagian lainnya yang berpotensi terjadi infeksi.
7. Mencegah kesalahan dalam operasi dengan memastikan pembedahan yang benar pada bagian tubuh yang benar, jeda sebelum operasi untuk memeriksa ulang.
8. Melakukan pekerjaan dengan memperhatikan kesehatan dan keselamatan kerja terhadap pasien dan tenaga kesehatan.
9. Gunakan alarm perangkat *mobile* dan pastikan alarm pada peralatan medis terdengar dan diperiksa dengan cepat.
10. Gunakan obat yang benar dan aman, periksa kembali labelnya dan sampaikan obat pasien ke penyedia layanan.
11. Beri label pada semua obat, termasuk yang ada didalam semprit, hal ini sebaiknya dilakukan di area tempat obat disiapkan.
12. Luangkan waktu ekstra dengan pasien yang telah diberi salep antikoagulan dan agen kemoterapi karena keduanya menggunakan obat keras

13. Mencegah terjadinya infeksi nosokomial dengan mencuci tangan secara rutin sebelum dan sesudah mengunjungi setiap pasien.

Unsur yang harus diperhatikan untuk meminimalisir terjadinya malpraktik sebagai berikut :

1. Manajemen perawatan
2. Perangkat/instrumen medis
3. Bahan yang digunakan untuk layanan medis
4. Lingkungan pemeriksaan
5. Pelindung pasien dan tenaga kesehatan
6. Jenis tindakan bedah
7. Membaca hasil radiologis dengan benar dan tepat

DAFTAR PUSTAKA

- Ginting, V. P., 2017. Penanggulangan Malpraktik Yang Dilakukan Oleh Tenaga Kesehatan. *Repository Universitas Lampung*, pp. 3-10.
- Muchtar, M., 2016. *Etika Profesi & Hukum Kesehatan Perspektif Profesi Bidan Dalam Pelayanan Kebidanan Di Indonesia*. 1 ed. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Puspitasari, D. E., 2018. Aspek Hukum Penanganan Tindakan Malpraktik Medik di Indonesia. *Lambung Mangkurat Law Journal*, 3(2), pp. 243-262.
- Rodziewicz, T., B., H. & Hipskind, J. E., 2023. Medical Error Reduction and Prevention. *StatPearls*, 2 Mei, pp. 4-47.
- Rokayah, S. & Widjaja, G., 2022. Kelalaian (Negligence) Dan Malpraktik Medis. *Cross-Border*, 5(1), pp. 463-473.
- Sibarani, S., 2017. Aspek Perlindungan Hukum Pasien Korban Malpraktik Di Lihat Dari Sudut Pandang Hukum Di Indonesia. *Journal of Business and Economics*, 33(1), pp. 1-22.
- Triwibowo, C., 2014. *Etika dan Hukum Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Widayati, N. & Suryawan, I. N., 2016. Wanprestasi Versus Perbuatan Melanggar Hukum Menurut Burgerlijk Wetboek. *Media Bisnis*, 8(1), pp. 1-8.
- Widjaja, G., 2015. Malpractice : Cause and Disputes Resolution Choices. *Journal of Indonesian Health Policy and Administration*, 1(1), pp. 50-62.

BAB 7

ASPEK HUKUM PELAYANAN KESEHATAN

Kemal Idris B, S.H., M.H.

A. Pendahuluan

Pengertian pelayanan kesehatan berbeda dengan pelayanan medis, hal ini seperti yang dikemukakan oleh Danny Wiradharma, bahwa pelayanan medis adalah segala upaya pencegahan dan pengobatan penyakit, serta peningkatan dan pemulihan kesehatan yang dilaksanakan atas dasar hubungan individual antara dokter dan individu yang membutuhkan kesehatan. Sedangkan cakupan pelayanan kesehatan lebih luas, yaitu keseluruhan masyarakat (Wiradharma D, 1996).

Pada semua aspek pelayanan kesehatan, terdapat peraturan mengikat yang mengatur hak dan tanggung jawab pemerintah, pekerja kesehatan, perusahaan, masyarakat sipil, dan masyarakat suatu negara. Aturan-aturan ini bersama-sama membentuk kerangka hukum, atau arsitektur hukum untuk kesehatan. Bentuknya bermacam-macam, termasuk: hukum perundang-undangan, hukum peraturan dan administrasi, kontrak, hukum kasus, dan hukum adat. Siapa yang terlibat dalam pembuatan peraturan-peraturan ini, dan bentuk peraturan-peraturan tersebut, berbeda-beda di setiap negara (WHO, 2023).

Undang-undang kesehatan digunakan untuk memformalkan komitmen terhadap tujuan, seperti tujuan cakupan kesehatan universal, sehingga menciptakan dorongan untuk bertindak. Untuk memungkinkan kerja sama dan mencapai tujuan kesehatan. Masyarakat menggunakan hukum

untuk membentuk organisasi yang berbeda seperti rumah sakit dan hubungan seperti kontrak untuk menyediakan layanan kesehatan. Pada gilirannya, organisasi baik kementerian kesehatan, sektor swasta atau masyarakat sipil mempunyai mandat, kebijakan dan strategi berdasarkan aturan hukum yang memandu pekerjaan mereka. Ada juga banyak peraturan yang menyusun apa yang harus dilakukan dan apa yang tidak boleh dilakukan oleh organisasi kesehatan dan individu. Interaksi antara undang-undang kesehatan yang berbeda ini menghasilkan fungsi sistem kesehatan yang dijalankan dan pelayanan kesehatan yang diberikan (WHO, 2023).

B. Aspek Hukum Hubungan Rumah Sakit dengan Pasien

Lembaga pelayanan kesehatan yaitu rumah sakit merupakan bagian dari sumber daya kesehatan dan sangat diperlukan untuk menunjang terselenggaranya pelayanan kesehatan. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan rumah sakit mempunyai karakter dan organisasi yang sangat kompleks. Berbagai jenis tenaga kesehatan berinteraksi satu sama lain menggunakan alat ilmiahnya masing-masing. Teknologi kedokteran berkembang sangat pesat dan tenaga kesehatan harus terus mengimbangnya dalam memberikan pelayanan yang berkualitas, sehingga permasalahan rumah sakit dapat ditangani. Kepastian dan perlindungan hukum, dalam rangka meningkatkan, membimbing dan memberi landasan bagi pengelolaan rumah sakit, memerlukan perangkat hukum untuk mengatur seluruh rumah sakit dalam bentuk Undang-Undang Rumah Sakit Nomor 44 Tahun 2009 (Dharmawan, 2023).

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, Pasal 1 (1) Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Sedangkan Pasal 2 disebutkan bahwa Rumah Sakit diselenggarakan berdasarkan Pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan,

persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial". Tujuan penyelenggaraan Rumah Sakit tidak lepas dari ketentuan bahwa masyarakat berhak atas kesehatan sebagaimana dirumuskan dalam berbagai ketentuan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan. Sementara itu pemerintah memiliki tanggung jawab untuk mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya, diantaranya dengan menyediakan fasilitas kesehatan sesuai kebutuhan, dan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan adalah Rumah Sakit (Yustina EW, 2012)

Rumah Sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Pelayanan kesehatan perorangan adalah setiap kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit, dan memulihkan kesehatan. Sedangkan pelayanan kesehatan secara paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Untuk menjalankan tugas pelayanan kesehatan Rumah Sakit mempunyai fungsi sebagai berikut:

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
3. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan;
4. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan (Sofyan AM dan Munandar S, 2021).

Adapun fungsi rumah sakit yaitu sebagai berikut:

1. Menyediakan dan Menyenggarakan:

- a. Pelayanan medik;
 - b. Pelayanan penunjang medik;
 - c. Pelayanan perawatan;
 - d. Pelayanan rehabilitasi;
 - e. Pencegahan dan peningkatan kesehatan.
2. Tempat pendidikan dan/atau latihan tenaga medik dan paramedik
 3. Tempat penelitian dan pengembangan ilmu dan teknologi bidang kesehatan (Fred Ameln, 1991).

Tenaga Kesehatan yang terlibat dalam memberikan pelayanan Kesehatan di rumah sakit adalah sebagai berikut:

1. Tenaga Kesehatan sarjana, yaitu: dokter, dokter gigi, dokter spesialis, apoteker, sarjana perawat, dan lain-lain;
2. Tenaga kesehatan bukan sarjana, yaitu perawat, ahli gizi, asisten apoteker, dan lain sebagainya (Fred Ameln, 1991).

Tanggung jawab rumah sakit tidak hanya terhadap personalianya (dokter, perawat, dan sebagainya), tetapi juga terhadap mutu pelayanan, peralatan, dan sarannya. Mutu pelayanan berhubungan dengan standar profesi tenaga kesehatan (yaitu dokter dan perawat). Sehingga dalam hal peralatan dan sarana tidak hanya meliputi alat-alat kedokteran saja, melainkan segala peralatan dan sarana yang berkenaan dengan pemberian pelayanan kesehatan terhadap pasien. Berdasarkan paparan tersebut, dapat dipahami bahwa dalam hal pembahasan tanggung jawab rumah sakit terhadap pasien memiliki hubungan yang signifikan, khususnya dalam aspek pelayanan kesehatan yang berkenaan dengan prasarana dan sarana kesehatan yang menunjang untuk dilakukannya suatu mekanisme medis dalam mempertahankan dan meningkatkan taraf kesehatan pasien tersebut. Dalam rangka menyelenggarakan rumah sakit yang bersesuaian dengan peraturan perundang-undangan maka penyelenggaraannya dapat dilakukan oleh pemerintah maupun swasta (Fred Ameln, 1991).

Adapun dalam konteks pelayanannya, rumah sakit terbagi dalam 2 (dua) bentuk yaitu umum dan khusus. Yang dimaksud dengan rumah sakit umum yaitu rumah sakit yang senantiasa memberikan pelayanan kesehatan terhadap semua jenis penyakit dari yang memiliki sifat dasar hingga subspesialistik. Adapun yang dimaksud dengan rumah sakit khusus yaitu rumah sakit yang mempunyai kekhususan dalam menjalankan pelayanan kesehatan berdasarkan jenis penyakit tertentu atau dengan kata lain hanya yang mempunyai disiplin ilmu tertentu yang ditempatkan pada rumah sakit khusus tersebut untuk memberikan pelayanan kesehatan terhadap penyakit yang khusus (Fred Ameln, 1991).

Klasifikasi rumah sakit umum dan khusus diatur dalam Pasal 24 ayat (2) dan (3) UU Rumah Sakit, yaitu sebagai berikut:

1. Pasal 24 Ayat (2) UU Rumah Sakit:
 - a. Rumah Sakit Umum Kelas A adalah Rumah Sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 spesialis dasar, 5 spesialis penunjang medik, 12 spesialis lain dan 13 sub spesialis;
 - b. Rumah Sakit Umum Kelas B adalah Rumah Sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 spesialis dasar, 4 spesialis penunjang medik, 8 spesialis lain dan 2 subspesialis dasar;
 - c. Rumah Sakit Umum Kelas C adalah Rumah Sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 spesialis dasar dan 4 spesialis penunjang medik;
 - d. Rumah Sakit Umum Kelas D adalah Rumah Sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 2 spesialis dasar.
2. Pasal 24 Ayat (3) UU Rumah Sakit
 - a. Rumah Sakit Khusus kelas A adalah Rumah Sakit Khusus yang mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspesialis sesuai kekhususan yang lengkap;

- b. Rumah Sakit Khusus kelas B adalah Rumah Sakit Khusus yang mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspecialis sesuai kekhususan yang terbatas;
- c. Rumah Sakit Khusus kelas C adalah Rumah Sakit Khusus yang mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspecialis sesuai kekhususan yang minimal.

Berdasarkan penafsiran tersebut dapat disimpulkan bahwa hubungan hukum antara rumah sakit dan pasien terletak pada pelayanan kesehatan, termasuk sarana dan prasarana yang menunjang penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Selain itu, dari segi tanggung jawab, peran rumah sakit cukup luas, yaitu menjamin berjalannya mekanisme pelayanan medis yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan dengan kualitas dan kemampuan yang memadai. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan tidak hanya bersumber dari tenaga rumah sakit yaitu dokter dan tenaga kesehatan lainnya, tetapi juga mencakup aspek etika dan tanggung jawab moral sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan, karena tujuan didirikannya rumah sakit adalah untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada semua orang (Sofyan AM dan Munandar S, 2021).

C. Aspek Hukum Hubungan Dokter dengan Pasien

Pelayanan kesehatan melibatkan banyak pihak yaitu rumah sakit, tenaga kesehatan dan pasien. Hubungan langsung yang akan terjadi adalah antara dokter dan pasien. Profesi dokter merupakan profesi yang mulia, berkaitan dengan kepentingan kesejahteraan manusia, sehingga sering dikatakan bahwa profesi dokter selalu menjalankan tatanan moral dan intelektual. Menjadi dokter berarti melayani orang sakit dan menyembuhkannya; melayani orang sehat dan menjaganya agar tidak sakit, yaitu mencegah dan meningkatkan kesehatan pasien. Oleh karena itu, dokter harus selalu mempunyai semangat pelayanan. Sikap ini sangat penting dalam membentuk sikap moral yang paling mendasar (Astuti, 2009).

Profesi dokter merupakan profesi yang harus dijalankan dengan etika yang tinggi, karena harus selalu siap memberikan bantuan kepada pihak yang membutuhkan. Kedokteran terus berkembang dan maju, bermanfaatkah pengobatan bagi masyarakat tergantung pada landasan filosofis dan idealismenya. Tanpa landasan etika yang tinggi yang dinikmati oleh profesi medis, hal ini dapat mengarah pada pemenuhan kewajiban kemanusiaan yang hanya didasarkan pada hubungan komersial (Astuti, 2009).

Pola dasar hubungan dokter dan pasien dalam konteks keadaan sosial dan penyakit pasien dibedakan dalam 3 jenis yaitu sebagai berikut:

1. *Activity-Passivity*

Pola hubungan ini terjadi pada pasien yang mengancam nyawa, tidak sadarkan diri, atau menderita gangguan psikologis akut. Pola pengobatan ini terjadi ketika pasien benar-benar tidak berdaya

2. *Guidance-Cooperation*

Dalam model hubungan ini, hal ini akan terjadi jika penyakit pasien tidak terlalu parah. Seperti halnya hubungan antara orang tua dan remaja. Misalnya penyakit menular baru atau penyakit akut lainnya. Sekalipun sakit, pasien tetap sadar dan mempunyai perasaan dan kemauan sendiri. Pasien berusaha mencari pertolongan medis, sehingga ia bekerja sama dengan dokter. Apabila dokter tidak segera melaksanakan kewenangannya, maka ia harus memperoleh persetujuan pasien agar dapat terjalin kerjasama antara keduanya berdasarkan pendapat dan nasehat dokter;

3. *Mutual Participation*

Dalam model hubungan ini terjadi berdasarkan pemikiran bahwa setiap orang mempunyai martabat dan hak yang sama. Model ini mengarah pada masyarakat yang ingin menjaga kesehatannya melalui pemeriksaan fisik atau pasien dengan penyakit kronis (akut) seperti tekanan darah tinggi atau diabetes. Dalam hal ini, pasien tetap sadar dan secara

aktif mencari pengobatan demi keuntungannya sendiri (Sofyan AM dan Munandar S, 2021).

Hubungan antara dokter dengan pasiennya secara yuridis dapat dimaklukkan ke dalam golongan kontrak. Suatu kontrak adalah pertemuan pikiran (*meeting of minds*) dari 2 (dua) orang mengenai suatu hal (*Solis*). Dijelaskan bahwa pihak pertama mengikatkan diri untuk memberikan pelayanan (dalam hal ini pelayanan kesehatan), sedangkan pihak kedua menerima pemberian pelayanan tersebut. Pihak pasien dalam hal ini meminta pelayanan kesehatan kepada dokter, sedangkan dokter dengan sepakat memberikan pelayanan kesehatan kepadanya. Hubungan antara dokter dan pasien adalah bersifat kontrak maka harus memenuhi persyaratan sebelum berkontrak, yakni:

1. Harus ada persetujuan (*consent*) di antara pihak yang berkontrak;
2. Harus ada suatu objek yang merupakan substansi dari kontrak.
3. Harus ada suatu sebab (*cause*) atau pertimbangan (*consideration*) (J Guwandi, 1996).

Sifat hubungan antara dokter dan pasien tersebut memiliki 2 (dua) ciri, yaitu:"

1. Adanya suatu persetujuan (*consensual, agreement*), yang berdasarkan atas saling persetujuan dari pihak dokter dengan pasien terkait pemberian pelayanan kesehatan seperti pengobatan;
2. Adanya suatu kepercayaan (*fiduciary*), hal ini disebabkan karena hubungan kontrak tersebut berdasarkan saling percaya dan mempercayai satu dengan yang lainnya (J Guwandi, 1996).

Adapun dari segi bentuk kontrak antara dokter dan pasien dibagi dalam 2 (dua) bentuk, yaitu:

1. Kontrak Nyata (*Expressed Contract*)

Kontrak nyata memiliki luas jangkauan pemberian pelayanan pengobatan sudah ditawarkan oleh sang dokter

yang dilakukan secara holistik, jelas dan nyata, baik dalam bentuk tertulis maupun tidak tertulis (lisan);

2. Kontrak Tersirat (*Implied Contract*)

Kontrak tersirat terjadi disimpulkan dari tindakan-tindakan di antara para pihak. Timbulnya bukan karena adanya sebuah persetujuan, melainkan dianggap oleh hukum berlandaskan akal yang sehat dan keadilan. Oleh karenanya, jika seorang pasien datang pada suatu klinik medis dan sang dokter mengambil riwayat penyakitnya, memeriksa keadaan fisik pasien serta memberikan pengobatan yang diperlukan, maka dianggap tersirat telah ada hubungan kontrak antara pasien dan dokter tersebut (J Guwandi, 1996).

Sebagai refleksi perwujudan manifestasi kontrak antara pasien dan dokter, dalam Pasal 45 ayat (1), (2), (3), (4), dan (5) Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (UU Kedokteran) menegaskan persetujuan tindakan kedokteran atau kedokteran gigi, yaitu:

1. Pasal 45 Ayat (1):

Setiap tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan oleh dokter atau dokter gigi terhadap pasien harus mendapat persetujuan.

2. Pasal 45 Ayat (2):

Persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan setelah pasien mendapat penjelasan secara lengkap.

3. Pasal 45 Ayat (3):

Penjelasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sekurang-kurangnya mencakup:

- a. Diagnosis dan tata cara tindakan medis;
- b. Tujuan tindakan medis yang dilakukan;
- c. Alternatif tindakan lain dan risikonya;
- d. Risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi; dan
- e. Prognosis terhadap tindakan yang dilakukan.

4. Pasal 45 Ayat (4):

Persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat diberikan baik secara tertulis maupun lisan.

5. Pasal 45 Ayat (5):

Setiap tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang mengandung risiko tinggi harus diberikan dengan persetujuan tertulis yang ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan.

Karena hubungan hukum antara pasien dan dokter diandaikan sebagai sebuah kontrak, dan tentunya setiap kontrak yang dimulai pasti ada masa berlakunya atau berakhirnya, maka ada beberapa hal yang menjadi penentu berakhirnya hubungan antara dokter dan pasien. , yaitu:

1. Sembuhnya pasien dari keadaan sakitnya dan sang dokter menganggap tidak diperlukan lagi adanya pengobatan, sehingga tidak ada manfaatnya lagi untuk meneruskan pengobatan;
2. Dokter mengundurkan diri dari hubungan dokter dengan pasien dengan alasan pasien menyetujui pengunduran diri tersebut, pasien diberikan waktu dan pemberitahuan sehingga memperoleh pengobatan dari dokter lain, dan jika dokter tersebut merekomendasikan kepada dokter lain yang memiliki kompetensi yang setara dengan persetujuan pasiennya;
3. Pengakhiran oleh pasien. Sebagaimana dipahami bahwa pasien bebas menentukan berakhirnya hubungan antara dia dengan dokter;
4. Meninggalnya sang pasien;
5. Meninggalnya atau tidak lagi dapat menjalani lagi (*incapacity*) profesi dari sang dokter;
6. Telah selesainya kewajiban dokter seperti yang ditentukan dalam kontrak;
7. Di dalam kasus gawat darurat, apabila dokter yang mengobati atau dokter pilihan pasien sudah datang, atau terdapat penghentian keadaan kegawat daruratannya;

8. Lewatnya jangka waktu, apabila kontrak medik tersebut ditentukan untuk jangka waktu tertentu;
9. Persetujuan kedua belah pihak yakni antara dokter dengan pasien bahwa hubungan dokter dan pasien tersebut telah diakhiri (J Guwandi, 1996).

Selain adanya hubungan kedokteran yang berdasarkan kepercayaan antara dokter dan pasien yang dikenal dengan transaksi pengobatan atau kontrak kedokteran, juga diketahui adanya hubungan hukum antara dokter dengan pasien yang terjalin berdasarkan suatu perjanjian: Berdasarkan pada Perjanjian atau hukum. Ada beberapa hal yang perlu diketahui sebagaimana dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor: 290/MENKES/PER/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran, yaitu:

1. Pasal 1 angka 1. Persetujuan tindakan kedokteran adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekat setelah mendapat penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan terhadap pasien
2. Pasal 1 angka 3. Tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang selanjutnya disebut tindakan kedokteran adalah suatu tindakan medis berupa preventif, diagnostik, terapeutik atau rehabilitatif yang dilakukan oleh dokter atau dokter gigi terhadap pasien.
3. Pasal 2 ayat (1) Semua tindakan kedokteran yang akan dilakukan terhadap pasien harus mendapat persetujuan.
4. Pasal 6. Pemberian persetujuan tindakan kedokteran tidak menghapuskan tanggung gugat hukum dalam hal terbukti adanya kelalaian dalam melakukan tindakan kedokteran yang mengakibatkan kerugian pada pasien,

Berkaitan dengan hal tersebut, ada beberapa prinsip yang harus diikuti oleh seorang dokter atau dokter gigi ketika melakukan perjanjian atau kontrak atau transaksi pengobatan dengan pasien. Prinsip hukum tersebut adalah:

1. Asas legalitas (*pacta sunt servanda*);

2. Asas keseimbangan;
3. Asas tepat waktu;
4. Asas iktikad baik;
5. Asas kejujuran;
6. Asas kehati-hatian;
7. Asas keterbukaan (Sofyan AM dan Munandar S, 2021)

D. Aspek Hukum Hubungan Perawat dengan Pasien

Perawat merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan. Perawat ialah tenaga kesehatan yang mempunyai peranan dan andil yang sangat besar dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Perawat diberikan keleluasaan oleh hukum dalam melaksanakan pelayanan kesehatan berupa perawatan secara berkesinambungan terhadap pasien yang dirawat di rumah sakit tertentu. Pengaturan terhadap perawat telah diatur dalam Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan (UU Keperawatan). Tujuan dibentuknya UU Keperawatan tersebut ialah bahwa penyelenggaraan pembangunan kesehatan diwujudkan melalui penyelenggaraan pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan keperawatan. Perlu diketahui bahwa keperawatan dengan perawat mempunyai perbedaan. Yang dimaksud dengan keperawatan adalah kegiatan pemberian asuhan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik dalam keadaan sakit maupun sehat. Adapun perawat ialah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi Keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan (Vide: Pasal 1 angka 1 dan 2 UU Keperawatan).

Sebagai tenaga kesehatan, perawat dalam menjalankan tugasnya harus mengedepankan asas-asas berikut, yaitu:

1. Perikemanusiaan;
2. Nilai ilmiah;
3. Etika dan profesionalitas;
4. Manfaat;
5. Keadilan;

6. Perlindungan;
7. Kesehatan dan keselamatan klien; dan
8. Kepastian hukum (Sofyan AM dan Munandar S, 2021)

Hubungan perawat dengan pasien tentu mempunyai korelasi yang sangat kuat. Perawat bertindak sebagai pemberi perawatan, sedangkan pasien adalah pengguna jasa perawatan dalam proses penyembuhan penyakit yang dideritanya. Hubungan perawat dengan pasien dapat dilihat dari aspek etis. Seorang pasien pada saat dalam kondisi menjadi pasien memiliki tujuan tertentu, sama halnya perawat dalam kondisi menjadi seorang perawat juga memiliki tujuan tertentu. Sehingga kondisi yang dihadapi oleh pasien demikian menjadi penentu perdana seorang perawat terhadap si pasien tersebut (Priharjo, 1995).

Pada aspek hubungan pasien dengan perawat, perawat mampu berperan sebagai seorang konselor (orang yang memberi nasihat/penasihat) jikalau sang pasien memberikan penjelasan tentang kejadian dan perasaan terkait penyakit yang dideritanya. Perawat juga dapat berperan dalam hal sebagai pengganti orang tua (bagi pasien anak-anak), saudara kandung, maupun sebagai teman bagi sang pasien sebagai wadah dalam mengungkapkan suasana hati dan perasaannya (Priharjo, 1995).

Sehubungan dengan hal tersebut, peranan perawat dan pasien pada dasarnya digunakan melalui 4 fase hubungan interpersonal dengan tujuan untuk menelaah hubungan interpersonal, yakni kebutuhan yang dirasakan dan masalah mereka. Serta mendefinisikan, yakni memahami dan secara produktif memecahkan masalah-masalah yang ada. Adapun keempat fase tersebut, yaitu:

1. Fase Orientasi

Pada fase ini lebih fokus untuk memberikan bantuan terhadap pasien menyadari ketersediaan bantuan dan rasa percaya terhadap kemampuan dari perawat guna berperan serta secara efektif dalam pemberian asuhan keperawatan terhadap si pasien tersebut. Tahap ini ditandai dengan perawat melakukan kontrak awal untuk membangun

kepercayaan dan terjadi pengumpulan data (berupa riwayat penyakit pasien dan lain-lain);

2. Fase Identifikasi

Pada fase ini adalah mengawali fase kerja, di mana hubungan perawat dengan pasien dibina dan diperkuat seiring dengan sikap awal pasien dan perawat digali. Penghargaan dan penghormatan terkait persepsi satu sama lain mulai diklarifikasi. Suatu hubungan saling percaya dapat terbina bilamana mereka secara terang-terangan terbuka untuk saling berbagi pikiran dan perasaan satu sama lainnya. Selama proses fase ini, perawat bekerja mengidentifikasi masalah atau kesulitan dari pasien;

3. Fase Eksplorasi

Fase ini mengacu pada pembahasan terkait jalan keluar setelah dilakukan identifikasi bersama dan pemahaman terhadap masalah-masalah pasien. Peran serta tanggung jawab perawat dan pasien untuk memecahkan masalah dilakukan klarifikasi, di mana secara bertahap pasien mempunyai tanggung jawab untuk mengendalikan masalah dan pengambilan sebuah keputusan. Kemandirian secara progresif dan pengendalian diri terjadi secara bertahap. Selama fase ini berlangsung, pasien dapat saja menguji hubungan dan mengalami perasaan yang ketergantungan dan kemandirian yang mesti disampaikan. Sehingga fase tersebut dapat dikatakan sebagai fase inti hubungan di antara pasien dengan perawat dalam proses interpersonal. Karena fase ini perawat memberikan gambaran kondisi dan situasi pasien serta seluruh aspek yang ada di dalamnya.

4. Fase Resolusi

Pada fase ini, secara bertahap pasien melepaskan diri dari sang perawat. Pasien dan perawat berkolaborasi untuk memecahkan masalah, keduanya juga harus mengatasi kebutuhan ketergantungan psikologis satu sama lain. Diskusi tentang terminasi sebelum dilakukannya pertemuan akhir karena hal tersebut akan mempersiapkan diri mereka untuk menjalankan perawatan tingkat akhir. Resolusi tersebut akan

berhasil bilamana keduanya mempersingkat hubungan keduanya (Manuntung, 2018).

Pada prinsipnya hubungan antara pasien dan perawat didasarkan pada sifat alamiahnya. Dalam interaksinya keduanya menjalin hubungan dalam bentuk kesepakatan, dengan tetap menghargai dan menghormati peran dan hak kedua belah pihak (perawat dan pasien). Oleh karena itu, untuk menjalin hubungan antara pasien dan perawat, harus dibuat suatu kontrak terlebih dahulu, seperti halnya hubungan antara dokter dan pasien, dalam menjalin suatu hubungan pada dasarnya terikat dengan kontrak. Karena hubungan diatur dalam kontrak, maka nilai-nilai etika juga harus diutamakan dalam menjalin hubungan yang saling menguntungkan (Sofyan AM dan Munandar S, 2021).

Perlu diketahui bahwa dalam konteks UU Keperawatan, Jenis perawat dibagi menjadi 2 (dua), yaitu: Perawat Profesi; dan Perawat vokasi. Perawat profesi sebagaimana pada Pasal 4 ayat (2) UU Keperawatan dibagi lagi dalam 2 bagian yakni ners dan ners spesialis. Ners adalah gelar yang diperoleh setelah lulus dari pendidikan profesi perawat. Berdasarkan Pasal 29 ayat (1) UU Keperawatan, bahwa dalam penyelenggaraan praktik keperawatan perawat bertugas sebagai berikut:

1. Pemberi asuhan keperawatan;
2. Penyuluh dan konselor bagi klien;
3. Pengelola pelayanan keperawatan
4. Peneliti keperawatan;
5. Pelaksana tugas berdasarkan pelimpahan wewenang; dan/atau
6. Pelaksana tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu.

Berdasarkan uraian di atas secara sederhana dapat dipahami bahwa hubungan hukum antara pasien dan perawat terletak pada aspek etika dan kesepakatan antara keduanya. Dalam hal ini perawat mempunyai dasar yuridis sebelum melakukan tindakan apapun, yaitu melalui Undang-Undang Keperawatan. Keberadaan undang-undang ini memberikan

payung hukum dan mengatur hubungan antara pasien dan perawat sebagai pemberi pelayanan kesehatan. Adanya kontrak lisan dan tertulis semakin memperkuat ikatan ini, namun ikatan antara pasien dan perawat tidak boleh semata-mata berpedoman pada kontrak tertulis, melainkan kontrak hati yang harus dijadikan acuan. Segala sesuatu yang ada dalam pikiran dan hati senantiasa diterapkan melalui tindakan yang mengedepankan nilai-nilai moral dan etika profesi (Sofyan AM dan Munandar S, 2021).

E. Aspek Hukum Hubungan Bidan dengan Pasien

Bidan adalah seorang perempuan yang telah menyelesaikan program pendidikan kebidanan, baik di dalam negeri maupun di luar negeri yang diakui secara sah oleh pemerintah pusat dan telah memenuhi persyaratan untuk melakukan praktik kebidanan (Vide: Pasal 1 angka 3 Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan). Berdasarkan pengertian kebidanan, dapat dipahami bahwa profesi kebidanan mempunyai peranan yang sangat penting dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkelanjutan. Anda perlu mengetahui perbedaan antara bidan dan bidan. Pasal 1 Ayat 1 Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2019 “UU Kebidanan”. UU Kebidanan mengatur bahwa kebidanan adalah pemberian bantuan kepada perempuan sebelum hamil, pada saat hamil, pada saat melahirkan, pasca persalinan, masa nifas, bayi baru lahir, bayi, balita dan anak prasekolah termasuk kesehatan reproduksi wanita dan keluarga berencana, sesuai dengan tanggung jawab dan kewenangannya (Sofyan AM dan Munandar S, 2021)

Dalam memberikan pelayanan kebidanan, bidan harus memperhatikan mutu pelayanan) kebidanan yang ada, memberikan perlindungan kepada klien, serta meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, terutama bagi kesehatan seorang ibu, bayi baru lahir, bayi, balita, dan anak prasekolah.

Pelaksanaan pelayanan kebidanan harus memenuhi Syarat-syarat yang sifatnya fundamental sebagaimana diatur dalam Pasal 2 UU Kebidanan bahwa penyelenggaraan kebidanan harus berasaskan sebagai berikut:

1. Perikemanusiaan;
2. Nilai ilmiah;
3. Etika dan profesionalitas;
4. Manfaat;
5. Keadilan;
6. Perlindungan; dan
7. Keselamatan klien.

Hubungan bidan dengan pasien disebut juga dengan transaksi terapeutik, yaitu kesepakatan antara bidan sebagai tenaga pemberi pelayanan kesehatan dengan pasien, sehingga timbullah hubungan hak dan kewajiban antara keduanya. Dari segi transaksi pengobatan diketahui ada beberapa jenis tanggung jawab jika bidan melakukan kesalahan medis, yaitu:

1. *Contractual Liability*

Tanggung gugat pada aspek ini timbul sebagai sebuah akibat tidak terpenuhinya kewajiban dari hubungan kontraktual yang telah disepakati antara pasien dengan bidan. Pada lapangan kewajiban yang mesti dilakukan adalah daya upaya maksimal, bukan keberhasilan, hal ini dikarenakan *health care provider* baik tenaga kesehatan maupun rumah sakit hanya bertanggung jawab atas pelayanan kesehatan yang tidak sesuai dengan standar profesi/standar pelayanan yang telah ditentukan.

2. *Vicarius Liability*

Tanggung gugat pada aspek ini timbul karena atas kesalahan yang dibuat oleh tenaga kesehatan yang ada di dalam tanggung jawabnya (sub ordinate), sebagai contoh yaitu rumah sakit akan bertanggung gugat atas kerugian pasien yang diakibatkan kelalaian bidan sebagai karyawan yang bekerja pada rumah sakit tersebut.

3. *Liability in Tort*

Tanggung gugat pada aspek ini timbul karena adanya perbuatan melawan hukum (*onrechtmatige daad*) dalam hal ini perbuatan melawan hukum tidak terbatas hanya pada perbuatan yang melawan hukum dalam arti sebenarnya, kewajiban hukum baik bagi diri sendiri maupun bagi orang lain, melainkan termasuk juga yang berlawanan dengan asas kesusilaan maupun berlawanan dengan ketelitian yang seyogyanya dilakukan dalam setiap pergaulan hidup terhadap orang lain atau benda milik orang lain (Vide: Hogeraad 31 Januari 1919).

Hubungan hukum yang timbul antara bidan dengan pasien dalam aspek hukum perdata yaitu menghasilkan 2 (dua) jenis perjanjian, yaitu:

1. Perjanjian pelayanan kebidanan, yakni ketika terdapat kesepakatan antara bidan dan pasien bahwa bidan akan berupaya secara maksimal untuk menolong pasien melalui tindakan kebidanan (*inspanningsverbinten*);
2. Perjanjian perawatan, ketika terdapat kesepakatan antara bidan dengan pasien bahwa pihak bidan menyediakan kamar perawatan tempat tenaga bidan melakukan asuhan kebidanan (Panggabean, 2018).

Dapat dipahami bahwa hubungan hukum antara bidan dan pasien adalah berkaitan dengan pelayanan kebidanan dan disertai dengan hak dan kewajiban kedua belah pihak. Undang-Undang Kebidanan secara tekstual mengatur tanggung jawab bidan terhadap pasien sejak awal masa kebidanan hingga pasien sembuh total. Sehubungan dengan itu, Ayat 1 Pasal 46 UU Kebidanan mengatur bahwa bidan menyelenggarakan pelayanan kebidanan dan tugas mereka dalam memberikan pelayanan meliputi:

1. Pelayanan kesehatan ibu;
2. pelayanan kesehatan anak;
3. pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana;

4. pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang; dan/atau
5. pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu.

Pada Pasal 47 ayat (1) UU Kebidanan menyebutkan bahwa dalam menyelenggarakan praktik kebidanan, bidan dapat berperan sebagai berikut:

1. Pemberi pelayanan kebidanan;
2. pengelolaan pelayanan kebidanan;
3. penyuluh dan konselor;
4. pendidik, pembimbing, dan fasilitator klinik;
5. penggerak peran serta masyarakat dan pemberdayaan perempuan; dan/atau peneliti.

Berdasarkan pemaparan tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa hubungan hukum antara pasien dan bidan merupakan hubungan yang diikat oleh etika moral. hubungan ini bernuansa penghormatan dan penghargaan terhadap harkat dan martabat kedua belah pihak, terutama bagi pasien perempuan dan anak. oleh karena itu, bidan merupakan profesi yang sangat penting, bersama dengan dokter, perawat, dan profesional kesehatan lainnya. hubungan hukum keduanya terletak pada saling melindungi hak dan kewajiban dalam kerangka moral dan etika serta nilai-nilai yang terkandung dalam hukum itu sendiri.

DAFTAR PUSTAKA

- Astuti, E. K. (2009). *Transaksi Terapeutik Dalam Upaya Pelayanan Medis di Rumah Sakit*. Citra Aditya Bakti.
- Dharmawan, I. (2023). *Tanggungjawab Hukum Rumah Sakit Dalam Pelayanan Kesehatan*. Fakultas Hukum Universitas 17 Agustus Surabaya.
- Fred Ameln. (1991). *Kapita Selekta Hukum Kedokteran*. PT Grafikatama Jaya.
- J Guwandi. (1996). *Dokter, Pasien dan Hukum*. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Manuntung, A. (2018). *Terapi Perilaku Kognitif Pada Pasien Hipertensi*. Wineka Media.
- Pangabea, H. (2018). *Perlindungan Hukum Praktik Klinik Kebidanan*. Deepublish.
- Priharjo, R. (1995). *Pengantar Etika Keperawatan*. Kanisius.
- Sofyan AM dan Munandar S. (2021). *Aspek Hukum Pelayanan Kesehatan, Eutanasia, dan Aborsi*. Kencana.
- WHO. (2023). *Health Law*. https://www.who.int/health-topics/health-law#tab=tab_2
- Wiradharma D. (1996). *Penuntun Kuliah Hukum Kedokteran*. Binarupa Aksara.
- Yustina EW. (2012). *Mengenal Hukum Rumah Sakit*. Keni Media.

BAB 8

ETIKA ORGANISASI DENGAN PROFESI TERKAIT

Davy Octaviana, S.ST, M.H.

A. Pendahuluan

Pada dasarnya suatu profesi perlu etika itu dikarenakan suatu profesi adalah pekerjaan yang dilakukan sebagai kegiatan pokok untuk menghasilkan nafkah hidup dan yang mengandalkan suatu keahlian. Dimana keahlian yang dikerjakan dan dihasilkan itu harus berpedoman dengan sebuah etika. Dimana etika adalah aturan perilaku, adat kebiasaan manusia dalam pergaulan antara sesamanya dan menegaskan mana yang benar dan mana yang buruk. Dilihat dari kedua pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa setiap profesi yang dikerjakan itu harus memenuhi sebuah etika agar semua pekerjaan yang dihasilkan akan sesuai dengan tujuan baik yang ingin dicapai, dengan cara pencapaian yang baik dan hasil pekerjaannya pun kemudian akan baik. Oleh karena itu dapatlah disimpulkan bahwa sebuah profesi hanya dapat memperoleh kepercayaan dari masyarakat (Pasolong, 2021)

B. Pengertian Etika Organisasi

Manusia adalah makhluk sosial yang dalam kehidupannya selalu membutuhkan interaksi dengan manusia lainnya. Dalam interaksi antar manusia, etika adalah hal yang sangat penting untuk diperhatikan demi terciptanya hubungan yang harmonis. Agar semua pihak dapat terpenuhi hak dan kewajibannya, maka setiap individu dituntut untuk

memperhatikan dan mematuhi etika yang berlaku di komunitas tempat ia berada.

Manusia biasanya hidup berkelompok dalam beberapa komunitas. Organisasi adalah salah satu bentuk komunitas yang menaungi interaksi individu dalam hubungan yang biasanya bersifat terstruktur dan berhierarki. Dengan demikian, etika dalam organisasi biasanya telah ditetapkan secara tegas, disepakati bersama, dan mengikat seluruh anggota organisasi tersebut.

Etika berkaitan erat dengan penilaian moral (*moral judgments*) dan peraturan (*rules*), serta prinsip-prinsip (*principles*) yang mendasari penilaian tersebut. Penilaian moral terbagi menjadi dua hal, yaitu etika deskriptif (*descriptive ethics*) dan etika normatif (*normative ethics*). Etika deskriptif menekankan pada fakta-fakta mengenai penilaian moral (*moral judgments*) atau keyakinan moral (*moral beliefs*) dari seseorang atau sekelompok orang. Sedangkan etika normatif merupakan jawaban atas dua pertanyaan, yaitu: (1) Hal-hal apa saja yang dianggap baik? (2) Tindakan apa saja yang dianggap benar dan seharusnya dilakukan? Pertanyaan kedua adalah pertanyaan yang paling relevan dengan konsep etika organisasi (Krisnawati, 2021)

Etika didefinisikan sebagai konsep yang terkait dengan aturan yang membedakan antara perilaku yang benar dan salah sebagai panduan untuk perilaku moral. Pembahasan mengenai etika organisasi sangat berdekatan dengan konsep etika bisnis, karena bisnis adalah salah satu bentuk entitas organisasi yang terstruktur, berhierarki, dan sistematis. Etika bisnis diartikan sebagai penerapan gagasan etika umum pada perilaku bisnis berdasarkan standar tertinggi dari integritas yang meliputi praktik bisnis yang adil, larangan terhadap segala bentuk tindakan penyuapan, serta perlindungan terhadap hak kekayaan intelektual dan hak-hak privasi (Kristanti, 2023)

C. Etika

Dalam menjalankan kehidupan sehari-hari, setiap individu seringkali dihadapkan pada berbagai pilihan tindakan yang menyebabkan timbulnya dilema etik. Dilema etik adalah keseimbangan yang dihadapi seseorang atau sekelompok orang yang dalam menentukan tindakan atau perilaku yang tepat pada situasi tertentu. Ada beberapa alasan moral yang mendasari seseorang atau sekelompok orang untuk melakukan suatu tindakan yang dianggapnya benar. Alasan-alasan atau motivasi tersebut yang kemudian membentuk teori dasar etika, yaitu:

1. Deontologi

Deontologi (*deontology*) berasal dari kata dalam bahasa Yunani, yaitu “*deon*” yang berarti “kewajiban”. Teori etika deontologi dicetuskan oleh seorang filsuf Jerman yang bernama Immanuel Kant (1724-1804) dalam bukunya yang berjudul *Groundwork of the Metaphysics of Morals* atau dikenal juga dengan *Foundations of the Metaphysics of Morals*. Konsep deontologi menyatakan bahwa alasan yang mendorong seseorang dalam melakukan setiap tindakannya adalah kewajiban (Kant, 1785). Konsep ini tidak mempertimbangkan manfaat dari setiap perilaku. Seseorang melakukan suatu tindakan dan menganggap bahwa tindakan yang dilakukannya tersebut adalah benar karena didasari oleh kewajiban bagi dirinya untuk melakukan tindakan tersebut tanpa memikirkan manfaat yang akan diperolehnya atas tindakan terhadap tugas dan fungsi yang didasarkan pada hukum dan norma sosial yang dipergunakan (Nurdin, 2017)

2. Egoisme

Teori egoisme (*egoism*) merupakan salah satu bagian dari teori etika teleologi. Teleologi berasal dari kata dalam bahasa Yunani, yaitu “*telos*” yang artinya adalah “tujuan”. Berbeda dengan deontologi yang mendorong segala tindakan atas dasar kewajiban tanpa memikirkan manfaat atau keuntungannya, teori teleologi mengatakan bahwa alasan orang memilih atau melakukan suatu tindakan karena didasari oleh tujuannya. Teori egoisme menerangkan bahwa

seorang individu melakukan perilaku atau tindakan tertentu atas dasar tujuan berupa manfaat bagi dirinya sendiri. Teori egoisme dapat diaplikasikan pada konteks positif maupun negatif. Egoisme yang bersifat positif jika dilakukan untuk tindakan yang tidak merugikan pihak-pihak lainnya. Sedangkan egoisme yang bersifat negatif apabila seseorang melakukan tindakan tertentu atas dasar tujuan dan kepentingan pribadinya semata, namun di sisi lain menyebabkan kerugian bagi pihak-pihak lain.

3. Utilitarianisme

Utilitarianisme (*utilitarianism*) berasal dari kata dalam bahasa Latin, yaitu “*utilis*” yang berarti “*manfaat*”. Utilitarianisme merupakan salah satu bagian dari teori teleologi, yaitu alasan melakukan suatu tindakan karena didasari oleh tujuan. Namun berbeda dengan teori egoisme, teori utilitarianisme mendasarkan setiap tindakan pada tujuan untuk memberikan manfaat yang besar bagi banyak orang, bukan hanya bagi dirinya sendiri. Teori etika utilitarianisme pertama kali dikemukakan seorang filsuf Inggris bernama John Stuart Mill dalam bukunya yang berjudul *Utilitarianisme* di tahun 1863. Sesuai dengan namanya, teori utilitarianisme mengemukakan bahwa seseorang menentukan pilihan perilakunya atau memutuskan untuk melakukan tindakan tertentu atas dasar tujuan berupa berupa penyampaian manfaat yang besar bagi sejumlah besar orang. Prinsip ini juga dikenal dengan istilah, “*the greatest happiness for the greatest number of people*”. Seseorang yang memegang prinsip utilitarianisme akan menganggap bahwa tindakan yang benar adalah tindakan yang membawa manfaat bagi banyak orang (Start Mill, 2020)

Dalam konteks etika organisasi, teori etika yang paling sesuai untuk diterapkan adalah teori etika utilitarianisme. Organisasi merupakan sekumpulan orang yang memiliki berbagai kepentingan dan latar belakang yang beragam, namun disatukan oleh tujuan bersama yang telah disepakati dalam visi, misi, dan nilai-nilai organisasi. Dengan demikian, setiap pilihan

tindakan dalam berorganisasi harus didasari oleh pencapaian manfaat sebesar-besarnya bagi sejumlah besar orang yang berkaitan baik secara langsung maupun tidak langsung dengan organisasi tersebut, yang juga meliputi pihak internal maupun pihak eksternal dari organisasi tersebut.

D. Keprofesian

Profesi berasal dari bahasa latin *professio*, yang berarti pengakuan atau pernyataan publik. Menurut Posner (1995), profesi merupakan suatu pekerjaan yang tidak hanya membutuhkan pengetahuan, pengalaman, dan kecerdasan umum, tetapi juga penguasaan khusus yang merupakan abstraksi dari ilmu pengetahuan atau beberapa bidang lain yang diyakini memiliki struktur intelektual seperti teologi atau hukum atau militer (Darwin, 2014)

Profesi adalah jenis pekerjaan yang melibatkan pengetahuan, keterampilan, pelatihan, dan etika khusus yang memungkinkan seseorang untuk memberikan layanan atau mempraktikkan suatu bidang atau disiplin tertentu. Profesi seringkali melibatkan standar tinggi dalam hal pengetahuan dan perilaku etis. Profesi juga sering diatur oleh badan pengawas atau asosiasi profesi yang bertujuan menjaga kualitas layanan yang diberikan oleh para profesional dalam bidang tersebut.

Ciri-ciri umum dari suatu profesi meliputi:

1. **Pengetahuan Khusus** : Para profesional di suatu profesi harus memiliki pengetahuan mendalam dalam bidang mereka. Ini sering melibatkan pendidikan formal dan pelatihan khusus.
2. **Keterampilan Khusus** : Profesi sering memerlukan keterampilan praktis dan teknis yang khusus untuk bidang tertentu. Ini bisa berupa keterampilan klinis, teknis, atau manajerial.
3. **Kode Etik** : Profesi sering memiliki kode etik atau aturan yang mengatur perilaku anggotanya. Kode etik ini menentukan tanggung jawab, etika, dan standar perilaku

yang harus diikuti oleh para profesional dalam menjalankan tugas mereka.

4. **Lisensi atau Sertifikasi:** Beberapa profesi mengharuskan para profesional untuk mendapatkan lisensi atau sertifikasi untuk menjalankan pekerjaan mereka. Ini memastikan bahwa mereka memenuhi standar minimum yang ditetapkan oleh badan pengawas.
5. **Tanggung Jawab Terhadap Klien atau Masyarakat :** Para profesional sering bertanggung jawab terhadap kesejahteraan klien atau masyarakat dalam menjalankan tugas mereka. Mereka harus mendahulukan kepentingan klien di atas kepentingan pribadi.
6. **Pengembangan Profesional :** Profesi mengharuskan para anggotanya untuk terus mengembangkan keterampilan dan pengetahuan mereka. Ini termasuk pelatihan lanjutan dan pendidikan berkelanjutan.

Beberapa contoh profesi termasuk dokter, insinyur, pengacara, akuntan, guru, perawat, dan banyak lainnya. Profesi adalah bagian penting dari struktur sosial dan ekonomi masyarakat karena mereka memberikan layanan khusus yang seringkali sangat diperlukan. Etika dalam profesi sangat penting untuk memastikan bahwa para profesional menjalankan pekerjaan mereka dengan integritas, kejujuran, dan tanggung jawab yang tinggi (Magnussen, 2023).

E. Manfaat Etika Organisasi dengan Profesi Terkait

Berdasarkan stakeholder theory, organisasi memiliki tanggung jawab moral kepada banyak pihak yang terkait. Pihak-pihak tersebut berada di dalam maupun di luar organisasi dan seluruhnya memiliki kepentingan akan keseluruhan aktivitas organisasi. Dengan demikian, etika yang harus diterapkan oleh organisasi meliputi dua hal, yaitu etika internal maupun etika eksternal. Etika internal yaitu etika yang mengikat dan mengatur perilaku seluruh anggota organisasi dalam hubungannya dengan pihak-pihak yang berada di dalam organisasi. Etika

internal organisasi biasanya tertulis dalam code of ethics dan code of conduct (Betterteam, 2021)

Manfaat etika organisasi dan profesi sangat beragam dan penting dalam konteks dunia kerja. Berikut beberapa manfaat utama etika organisasi dan profesi:

Manfaat Etika Organisasi dan Profesi:

1. **Kepercayaan dan Reputasi yang Baik** : Etika membantu organisasi dan individu membangun kepercayaan. Kepercayaan adalah aset yang sangat berharga dalam bisnis dan profesi.
2. **Kepuasan Stakeholder** : Mematuhi etika membantu memastikan kepuasan stakeholder, termasuk pelanggan, karyawan, dan pemangku kepentingan lainnya. Ini dapat membantu meningkatkan retensi pelanggan dan mendukung pertumbuhan jangka panjang.
3. **Peningkatan Produktivitas dan Kinerja** : Ketika etika diintegrasikan ke dalam budaya organisasi, karyawan cenderung lebih berdedikasi, termotivasi, dan produktif.
4. **Pencegahan Hukum dan Kerugian Keuangan** : Mematuhi etika membantu mencegah sanksi hukum dan kerugian keuangan yang dapat diakibatkan oleh tindakan ilegal atau tidak etis.
5. **Inovasi dan Keunggulan Bersaing** : Organisasi yang mendasarkan operasinya pada etika seringkali lebih inovatif dan memiliki keunggulan bersaing, karena karyawan merasa aman dalam berbagi ide dan berinovasi.

F. Tujuan Etika Organisasi dengan Profesi Terkait

Tujuan etika dalam organisasi dan profesi terkait adalah untuk mempromosikan perilaku yang etis, integritas, dan tanggung jawab di dalam dunia kerja (Singer, 2017). Tujuan ini berlaku pada berbagai tingkatan, termasuk tingkat organisasi dan individu. Tujuan sebuah profesi adalah memenuhi tanggung jawabnya dengan standar profesionalisme tinggi sesuai bidangnya, mencapai tingkat kinerja yang tinggi, dengan orientasi kepada kepentingan publik. Untuk mencapai tujuan

tersebut, terdapat 4 kebutuhan dasar yang harus dipenuhi sebuah profesi antara lain kredibilitas, profesionalisme, kualitas jasa, dan kepercayaan (Surajiyo, 2022)

Sumber-sumber utama etika organisasi dan profesi meliputi:

1. Meningkatkan Integritas: Etika organisasi bertujuan untuk memastikan bahwa organisasi, serta individu yang terlibat dalamnya, menjalankan tugas dan tanggung jawab mereka dengan integritas. Ini mencakup transparansi, jujur, dan ketulusan dalam semua aspek pekerjaan.
2. Melindungi Kepentingan Stakeholder: Etika organisasi harus memastikan bahwa organisasi tersebut tidak hanya mementingkan keuntungan finansial semata, tetapi juga mempertimbangkan kepentingan semua pemangku kepentingan (stakeholder), termasuk karyawan, pelanggan, masyarakat, dan pemegang saham.
3. Mencegah Penyalahgunaan Kekuasaan: Etika organisasi dan profesi membantu mencegah penyalahgunaan kekuasaan di dalam organisasi. Hal ini melibatkan pembuatan kebijakan yang adil, pencegahan konflik kepentingan, dan perlindungan hak asasi manusia.
4. Mendorong Tanggung Jawab Sosial: Etika organisasi seringkali berfokus pada tanggung jawab sosial perusahaan (CSR) yang mencakup dukungan kepada masyarakat, lingkungan, dan berbagai inisiatif yang positif.

Sumber etika dalam organisasi dan profesi melibatkan berbagai pedoman dan prinsip yang mendorong perilaku etis, seperti:

1. Kode Etik Profesi: Profesi seringkali memiliki kode etik yang ditetapkan oleh asosiasi atau badan pengawas profesi tersebut. Contohnya adalah Kode Etik Dokter, Kode Etik Insinyur, dan sebagainya.
2. Hukum dan Regulasi: Undang-undang dan peraturan yang mengatur aktivitas organisasi dan profesi juga menjadi sumber etika. Organisasi dan individu harus mematuhi undang-undang yang berlaku.

3. Nilai Organisasi: Nilai-nilai yang dianut oleh organisasi berperan penting dalam membentuk etika organisasi. Nilai-nilai ini dapat mencakup komitmen terhadap keadilan, keberlanjutan, keragaman, dan integritas.
4. Standar Etika Internasional: Terdapat berbagai standar etika internasional yang digunakan sebagai pedoman, seperti Prinsip-Prinsip PBB untuk Bisnis dan Hak Asasi Manusia, Prinsip-Prinsip Global Compact PBB, dan sebagainya.
5. Etika Personal: Etika individu juga berperan penting dalam membentuk etika organisasi dan profesi. Etika personal individu yang bekerja dalam organisasi berkontribusi pada budaya etika organisasi tersebut.

Secara keseluruhan, tujuan etika dalam organisasi dan profesi adalah menciptakan lingkungan kerja yang adil, etis, dan berkelanjutan, yang menghormati hak asasi manusia, memenuhi kebutuhan stakeholder, dan mendorong pertumbuhan yang bertanggung jawab.

G. Hubungan Etika Organisasi dengan Profesi Terkait

Perilaku organisasi merupakan bidang studi yang berupaya untuk memahami, menjelaskan, memprediksi, dan mengubah perilaku manusia yang terjadi dalam konteks organisasi. Terdapat tiga pertimbangan yang mendasari definisi perilaku organisasi antara lain, perilaku organisasi berfokus pada perilaku yang dapat diamati, perilaku organisasi melibatkan analisis tentang berperilaku baik sebagai individu maupun kelompok organisasi, dan perilaku organisasi menilai perilaku dari kelompok organisasi (Yusuf, 2018)

Organisasi yang tidak meletakkan etika sebagai prioritas utamanya akan rentan mengalami skandal dan berpotensi menghadapi kegagalan. Reputasi dan nama baik organisasi dapat menurun jika organisasi tidak mematuhi etika yang berlaku. Dengan demikian, pihak regulator dan pembuat peraturan harus dapat bertindak cepat dan tegas untuk mengatur dan menghukum pihak-pihak yang bertindak di luar batas etika (*Ethics Resource Center, 2007a*). Dengan demikian, kita

dapat melihat bahwa ada hubungan antara etika dalam organisasi dengan penegakan hukum legal yang berlaku. Suatu organisasi terutama organisasi bisnis disamping memiliki tanggung jawab secara ekonomi, juga memiliki tanggung jawab secara etika, legal, dan sosial yang saling berhubungan satu sama lain.

Hubungan antara etika organisasi dan profesi terkait erat kaitannya, karena keduanya saling memengaruhi dalam dunia kerja. Berikut adalah beberapa cara bagaimana etika organisasi dan etika profesi saling berhubungan: (Widayana, 2020)

1. Pengaruh Budaya Organisasi pada Etika Profesi: Budaya organisasi yang kuat dalam mendukung etika dapat mempengaruhi perilaku dan keputusan individu di dalam profesi. Sebuah organisasi yang mendorong integritas, tanggung jawab sosial, dan kewajaran dalam semua tindakan akan membantu anggotanya, termasuk para profesional, untuk mematuhi etika yang tinggi.
2. Penerapan Kode Etik Profesi : Banyak profesi memiliki kode etik yang harus diikuti oleh para anggotanya. Organisasi dapat memainkan peran penting dalam memastikan bahwa para profesional dalam organisasi mereka mematuhi kode etik profesi tersebut. Mereka dapat menyediakan pelatihan, bimbingan, dan pengawasan untuk memastikan bahwa kode etik tersebut dipegang teguh.
3. Pengaruh Profesi pada Etika Organisasi : Karyawan yang memiliki latar belakang atau pelatihan dalam profesi tertentu dapat membawa nilai-nilai etika profesi mereka ke dalam organisasi tempat mereka bekerja. Ini dapat mempengaruhi budaya organisasi dan membantu organisasi untuk mengadopsi etika yang lebih baik.
4. Kepercayaan Publik dan Reputasi : Etika organisasi dan etika profesi yang kuat dapat berkontribusi pada membangun kepercayaan publik dan reputasi yang baik. Ini penting karena organisasi dan para profesional sering berinteraksi dengan masyarakat, pelanggan, dan pemangku kepentingan lainnya.

5. Berkolaborasi untuk Menyelesaikan Isu Etis : Terkadang, organisasi dan para profesional mungkin dihadapkan pada isu-isu etis yang kompleks. Mereka dapat bekerja sama untuk mencari solusi yang adil dan etis. Kolaborasi seperti ini dapat melibatkan perwakilan dari berbagai tingkatan organisasi dan berbagai profesi yang terlibat.
6. Penegakan Etika Bersama-sama : Etika organisasi dan etika profesi seringkali berbagi tujuan yang sama, seperti menjaga keadilan, mencegah konflik kepentingan, dan mempromosikan kesejahteraan masyarakat. Oleh karena itu, mereka dapat bekerja sama untuk memastikan bahwa standar etika dihormati dan ditegakkan.

Hubungan antara etika organisasi dan profesi sangat penting dalam memastikan bahwa organisasi dan individu di dalamnya menjalankan aktivitas mereka dengan integritas, bertanggung jawab, dan sesuai dengan nilai-nilai etika yang dipegang teguh. Dengan berkolaborasi dan saling mendukung, etika organisasi dan etika profesi dapat menciptakan lingkungan kerja yang lebih etis dan berkelanjutan.

DAFTAR PUSTAKA

- Betterteam (2021) *Code of Ethics*. Jakarta.
- Darwin, E. (2014) 'Falsafah dan Kode Etik Kedokteran', in Hardisman (ed.) *Etika Profesi Kesehatan*. Yogyakarta: Deepublish, p. 6.
- Krisnawati, A. (2021) 'Etika Dalam Organisasi', in R. Zulfikar (ed.) *Etika Dan Komunikasi Organisasi*. Aceh: Yayasan Penerbit Muhammad Zaini, p. 79.
- Kristanti, D. (2023) 'Konsep Dasar Etika Bisnis', in D.E. Putri (ed.) *Etika Bisnis*. Sumatera Barat: PT Global Eksekutif Teknologi, p. 3.
- Magnussen, J. (2023) 'Heuristics In Professional Judgement: Between Proximity And Distance', in *The Sage Handbook of Decision Making Assessment and Risk in Social Work*. British Library.
- Nurdin, I. (2017) *Etika Pemerintahan: Norma, Konsep, dan Praktik bagi Penyelenggara Pemerintahan*. Edited by Nasrudin. Yogyakarta: Lintang Rasi Aksara Books.
- Pasolong, H. (2021) *Etika Profesi*. Yogyakarta: Nas Media Pustaka.
- Singer, P. (2017) *Ethics in the Real World: 82 Brief Essays on Things That Matter*. America: The Library of Congress.
- Start Mill, J. (2020) *Utilitarianisme*. Edited by E.A. Asnanto. Yogyakarta: Basabasi.
- Surajiyo, S. (2022) 'Prinsip-Prinsip Etis Profesi Akuntan', *Prosiding Serina*, pp. 781-788. Available at: <https://journal.untar.ac.id/index.php/PSERINA/article/view/19803>.
- Widayana, K. (2020) *Buku Ajar Prinsip Etika Profesi: Membangun Sikap Profesionalisme Diri*. Edited by I.K. Widana. Bandung: PT Panca Terra Firma.

Yusuf, R.M. (2018) *Komitmen Organisasi: Definisi, Dipengaruhi dan Mempengaruhi*. Makassar: Penerbit Nas Media Pustaka.

BAB 9

HAK ASASI KESEHATAN

Lisa Ernita, S.SiT., M. Keb.

A. Pendahuluan

Kesehatan adalah salah satu kebutuhan dasar manusia. Begitu pentingnya, sehingga sering dikatakan bahwa kesehatan bukan segala-galanya, tetapi tanpa kesehatan segala-galanya tidak bermakna. Setelah lebih dari 60 tahun merdeka, kondisi kesehatan di Indonesia belum menunjukkan kemajuan yang berarti. Setidaknya demikian menurut pandangan *World Health Organization (WHO)*. Dalam laporan kesehatan dunia (*World Health Report*) yang diterbitkan WHO pada tahun 2001, derajat kesehatan masyarakat Indonesia dilaporkan jauh tertinggal dari negara-negara Asia lainnya, seperti Thailand, Malaysia, Brunei Darussalam, India, China, bahkan masih jauh di bawah negara miskin seperti Srilanka. Dengan menggunakan indikator “umur harapan hidup”, WHO meletakkan derajat kesehatan Indonesia pada peringkat 103 dari 109 negara.

Sebagai perbandingan, *United Nations Development program (UNDP)* dalam laporannya untuk pembangunan bidang kesehatan pada tahun yang sama, meletakkan derajat kesehatan Indonesia pada peringkat ke 109 dari 174 negara. Lima tahun kemudian yakni pada tahun 2005 ternyata posisi peringkat Indonesia belum membaik. Terlepas dari indikator yang digunakan oleh kedua lembaga tersebut, “derajat kesehatan” telah cukup lama dipahami sebagai salah satu hak asasi manusia yang harus dilindungi dan dipenuhi oleh negara. Dikalangan ahli kesehatan di Indonesia, telah berkembang pemikiran untuk

memasukkan kesehatan sebagai bagian dari “hak asasi manusia”, serta memperoleh jaminan konstitusi. Dengan jaminan konstitusi diharapkan perhatian negara, dalam hal ini pemerintah akan jauh lebih besar terhadap pembangunan bidang kesehatan, sehingga kondisi kesehatan di Indonesia akan membaik. Pemikiran itu terus berkembang dalam berbagai seminar dan diskusi sampai akhirnya pada tingkat regulasi.

Sesungguhnya jaminan konstitusi terhadap hak atas kesehatan telah ada sejak masa konstitusi Republik Indonesia Serikat (RIS) tahun 1949. Dalam pasal 40 konstitusi RIS terdapat ketentuan yang menyatakan, “*penguasa senantiasa berusaha dengan sungguh-sungguh memajukan kebersihan umum dan kesehatan rakyat*”. Setelah bentuk negara serikat kembali ke bentuk negara kesatuan dan berlakunya undang-undang dasar sementara 1950 (UUDS), ketentuan pasal 40 konstitusi RIS diadopsi ke dalam pasal 42 UUDS.

Gagasan hak atas kesehatan sebagai hak asasi manusia terus berkembang baik dalam hukum nasional maupun hukum internasional. Dalam pasal 4 undang-undang nomor 23 tahun 1992 tentang kesehatan dinyatakan, “*setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal*”. Sementara itu dalam hukum internasional telah dikembangkan berbagai instrumen hak asasi manusia, antara lain kovenan internasional tentang hak-hak ekonomi, sosial dan budaya (*international covenant on economic, social and cultural rights*) yang ditetapkan pada tahun 1966. Dalam pasal 12 ayat (1) kovenan tersebut dinyatakan bahwa “*setiap orang mempunyai hak untuk menikmati standar tertinggi yang dapat dicapai atas kesehatan fisik dan mental*”.

Akhirnya pada tahun 2000, melalui perubahan kedua undang-undang dasar 1945, kesehatan ditegaskan sebagai bagian dari hak asasi manusia. Dalam pasal 28 H ayat (1) dinyatakan, bahwa:

“setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapat lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.”

Masuknya ketentuan tersebut kedalam undang-undang dasar 1945, menggambarkan perubahan paradigma yang luar biasa. Kesehatan dipandang tidak lagi sekedar urusan pribadi yang terkait dengan nasib atau karunia Tuhan yang tidak ada hubungannya dengan tanggung jawab negara, melainkan suatu hak hukum (*legal rights*).

Memuat ketentuan jaminan hak asasi manusia, termasuk hak atas kesehatan, ke dalam Undang-Undang Dasar 1945, sebagai sebuah komitmen politik negara, hal ini mungkin telah menyelesaikan berbagai tuntutan politik dan harapan rakyat, tetapi dari perspektif hukum tata negara, hal tersebut masih mengandung persoalan. Persoalan utama terkait dengan beragamnya batasan atau definisi hak atas kesehatan, padahal batasan tersebut sangat penting bagi kepastian hukum. Tanpa batasan yang jelas, akan sulit menentukan ruang lingkup tanggung jawab negara sebagaimana yang ditegaskan dalam UUD 1945.

B. Lahirnya Hak Atas Kesehatan

Perkembangan konsepsi hak asasi manusia telah menempuh tiga tahap, sehingga hak asasi manusia dapat dikelompokkan ke dalam tiga kategori, yaitu hak asasi manusia generasi pertama, generasi kedua, dan generasi ketiga. Hak asasi manusia generasi pertama adalah hak-hak asasi manusia dalam bidang sipil dan politik, yang oleh T. Koopmans disebut sebagai *deklasseieke grondrechten* (hak-hak dasar yang klasik). Karakter hak asasi manusia generasi pertama tersebut adalah negatif, karena menghendaki kebebasan dari suatu kekangan tertentu (*freedom from*). Hak asasi manusia generasi kedua diwarnai dengan munculnya tuntutan hak-hak asasi dalam bidang ekonomi, sosial, dan budaya, yang disebut oleh T. Koopmans sebagai *de sociale grondrechten* (hak-hak dasar sosial), dan karenanya berkarakter positif (*right to*), sedangkan hak asasi manusia generasi ketiga ialah yang dikenal dengan sebutan "*solidarity rights*", yang memaknai hak asasi manusia bagi pembangunan kesejahteraan masyarakat .

Hak atas kesehatan dalam hubungan dengan kategori hak asasi manusia tersebut, sering dimasukkan dalam hak asasi manusia generasi kedua dan hak asasi manusia generasi ketiga. Apabila hak atas kesehatan tersebut dikaitkan dengan “kesehatan individu”, dia masuk ke dalam hak-hak ekonomi, sosial dan budaya, tetapi jika terkait dengan “kesehatan masyarakat”, dia masuk ke dalam hak atas pembangunan. Menurut Muladi, kategori hak asasi manusia generasi ketiga diberikan kepada hak-hak kolektif atas dasar solidaritas antar umat manusia berlandaskan rasa persaudaraan dan solidaritas yang sangat dibutuhkan. Hak asasi manusia ini mencakup antara lain “*the right to development; right to peace; and the right to healthy and balanced environment*”.

Pemahaman ketiga kategori hak asasi manusia tersebut tidak boleh bersifat “*fragmented*” karena akan menimbulkan stratifikasi kualitas. Padahal maksudnya hanyalah untuk memudahkan identifikasi. Perlakuan terhadap hak asasi manusia di samping universal, harus bersifat “*indivisible and interdependent*”.

Dalam beberapa tulisan sering dicatat bahwa perkembangan hak asasi manusia sudah dimulai sejak magna charta (1215), yaitu suatu kesepakatan antara raja inggris henry i dengan kelompok bangsawan (baron) yang isinya antara lain, raja dijamin hak-hak prerogatifnya tetapi harus tunduk pada pembatasan-pembatasan hukum, baik hukum formil maupun hukum materil. Seseorang hanya boleh ditangkap untuk alasan-alasan yang sah dan memperoleh keadilan oleh lembaga peradilan (*writ of habeas corpus*). Namun demikian, sejarah perkembangan hak asasi manusia modern pada umumnya ditandai sejak abad ke 17, yaitu setelah terjadinya revolusi perancis, revolusi amerika, dan revolusi industri di inggris.

Revolusi perancis pada tahun 1789 yang diawali dengan deklarasi hak- hak asasi manusia dan warganegara (*la déclaration des droits de l'homme et du citoyen*), yang kemudian dicantumkan dalam mukadimah konstitusi prancis, telah mengakui hak asasi manusia dan warga negara di bidang sipil dan politik yang terkait dengan pemerintahan mereka. Pada waktu yang hampir bersamaan di amerika serikat ditetapkan piagam hak asasi manusia (*virginia bill of rights*), dan pada 10 amandemen pertama (*first ten amendment*) piagam itu dimasukkan menjadi bagian konstitusi amerika serikat 1787.

Meskipun pada masa itu karakter hak asasi manusia lebih terpusat pada hak-hak di bidang sipil dan politik, tetapi diakui satu hak asasi yang saat ini kita kenal sebagai hak ekonomi, yaitu hak kepemilikan (*the right to property*). John locke mengemukakan tiga hak yang sangat mendasar, yaitu hidup (*life*), kemerdekaan (*liberty*), dan kepemilikan (*property*). 10 ditegaskan oleh john locke bahwa "*every man has a property in his own person. This nobody has a right to, but himself.*" 11 dalam pemikiran locke, kehidupan pribadi seseorang adalah miliknya sendiri, dan jika kehidupan pribadinya itu menghasilkan suatu karya, maka karya itu adalah miliknya, yang bisa dijual atau diperdagangkan.

Inilah yang disebut sebagai hak asasi manusia generasi pertama, yang dilandasi oleh pemikiran liberalisme. Ciri-ciri umum dari hak asasi manusia tersebut, pertama, hak asasi manusia adalah *hak*. Sekalipun ada kewajiban, tetapi kewajiban tersebut semata-mata untuk menjamin terlaksananya hak tersebut, seperti yang tercantum dalam pasal 29 dari *universal declaration of human rights*:

"Setiap orang mempunyai kewajiban terhadap suatu masyarakat di mana ia mendapat kemungkinan untuk mengembangkan pribadinya dengan penuh dan utuh". (*everyone has duties to the community in which alone the free and full development of his personality is possible*)

Kedua, hak-hak itu bersifat universal (*universality*), yang dimiliki manusia karena hakikatnya sebagai manusia. Ketiga, hak asasi manusia dianggap ada dengan sendirinya sejak keberadaan manusia, dan tidak tergantung pengakuan dari suatu sistem hukum. Frédéric Bastiat dalam "*the law*" menyatakan:

"Life, liberty, and property do not exist because men have made laws. On the contrary, it was the fact that life, liberty, and property existed beforehand that caused men to make laws in the first place."

Keempat, hak asasi manusia dianggap sebagai norma yang penting. Meski tidak seluruhnya bersifat mutlak dan tanpa perkecualian, hak asasi manusia cukup kuat kedudukannya sebagai pertimbangan normatif untuk diberlakukan jika terjadi benturan dengan norma positif lainnya (*prima facie rights*).

Meski pada awalnya "*kewajiban*" yang melekat pada hak sekedar membatasi agar pelaksanaan hak asasi seseorang tidak melanggar hak orang lain, namun karena kepentingan-kepentingan orang lain itu berkembang, maka timbul hak-hak asasi manusia baru atau hak asasi generasi kedua, yaitu hak-hak yang berkaitan dengan ekonomi dan sosial.

Sejalan dengan munculnya konsep negara kesejahteraan, kepentingan-kepentingan umum yang diwakili oleh negara dalam hubungannya dengan hak asasi seseorang pada akhirnya dirasakan juga sebagai sebuah hak asasi. Demikianlah halnya dengan hak atas kesehatan. Sama halnya dengan hak-hak di bidang ekonomi lainnya, hak atas kesehatan baru berkembang sekitar abad ke xix.

Revolusi industri di Inggris, yang pada satu sisi berhasil menciptakan efisiensi biaya produksi, tetapi pada sisi lain membawa dampak pada turunnya posisi tawar dan daya beli kaum buruh. Fungsi mereka sebagai tenaga kerja mulai digeser oleh mesin-mesin otomatis. Dampaknya, terjadi pengangguran dalam jumlah yang cukup besar. Kaum buruh tinggal di lingkungan pemukiman yang kumuh dengan sistem distribusi air dan sanitasi yang buruk. Akibatnya, sering muncul serangan penyakit menular (*epidemic*), yang tidak hanya berpengaruh

pada kesehatan fisik, melainkan juga pada kesehatan mental. Angka kematian bayi dan anak pada masa itu cukup tinggi, sebagian karena kekurangan gizi dan terganggunya sistem reproduksi para ibu. Dari kondisi seperti itulah kemudian muncul gagasan-gagasan mengenai hak asasi manusia di bidang ekonomi, seperti hak atas pekerjaan, hak atas jaminan sosial, dan hak atas kesehatan.

Perkembangan ilmu kedokteran dan kesehatan, khususnya temuan-temuan ilmiah di bidang penyakit menular, seperti *germ theory of disease*, memaksa pemerintah Inggris untuk melakukan reformasi di bidang kesehatan masyarakat. Kebijakan pemerintah Inggris yang ditetapkan pada abad ke XIX itu dikenal dengan *sanitary revolution*. Sejak saat itu, kesehatan diakui sebagai salah satu hak asasi manusia.

Pada perkembangan berikutnya, pemenuhan hak atas kesehatan dan hak-hak lain di bidang ekonomi itu dipandang tidak hanya sekedar dipenuhi oleh negara, melainkan harus memenuhi standar kelayakan tertentu, sesuai dengan martabat manusia. Di sini muncul hak asasi generasi ketiga, yang pada intinya adalah hak atas standar kehidupan yang layak. Standar kehidupan tersebut menjadi sub sistem dari hak-hak ekonomi yang sudah ada, seperti hak atas makanan, gizi, pakaian, upah yang layak, perumahan yang layak, lingkungan hidup yang bersih dan sehat, dan sebagainya.

Dalam kaitannya dengan tiga generasi hak asasi manusia tersebut, menarik apa yang dikemukakan oleh Karel Vasak, yang menguraikan perkembangan tiga generasi hak asasi manusia tersebut dari tema revolusi Prancis, yaitu *liberte, egalite* dan *fraternite*.¹⁶ Esensi dari hak asasi manusia generasi pertama adalah kebebasan (*liberte*), yang secara fundamental bersifat sipil dan politik (*civil and political in nature*), dan bertujuan untuk melindungi setiap orang dari penindasan penguasa negara, seperti kebebasan berbicara/berpendapat, kebebasan beragama, hak pilih, dan hak diadili secara jujur (*fair trial*).

Hak asasi manusia generasi kedua terkait dengan persamaan atau kesetaraan (*egalite*) di bidang sosial dan ekonomi. Hak asasi manusia generasi kedua tersebut menghendaki adanya kondisi ekonomi dan perlakuan sosial yang sama di antara warga negara. Hak-hak yang terkait dengan hal tersebut, antara lain hak atas pekerjaan, hak atas perumahan, dan hak atas kesehatan, termasuk jaminan sosial.

Hak asasi manusia generasi ketiga merupakan suatu pengembangan dari hak-hak di bidang sosial dan ekonomi. Gagasan yang mendasari hak asasi manusia generasi ketiga tersebut adalah bagaimana menerapkan hak asasi manusia secara nyata bagi peningkatan derajat kehidupan manusia. Hak asasi manusia harus mampu menghapus kesenjangan antara negara-negara maju dan negara-negara berkembang. Tanpa manfaat tersebut, hak asasi manusia hanya sekedar teori. Persamaan antara negara besar dan kecil dalam hukum internasional harus tergambar dalam praktik, karena prinsip persamaan (*egalite*) yang berlaku bagi hubungan antar individu, harus berlaku pula dalam hubungan antar negara. Dalam skala nasional, perlindungan dan pemenuhan hak asasi manusia harus mampu menghapus kesenjangan antar daerah atau wilayah, yang sampai saat ini masih menjadi persoalan di Indonesia. Dalam konteks kesehatan, masih terdapat perbedaan yang mencolok antara derajat kesehatan masyarakat di Pulau Jawa dan di luar Jawa. Selanjutnya Karel Vasak mengemukakan bahwa aspek utama dari konsep persamaan adalah komunikasi (*communication*) dan kerja sama (*cooperation*). Selanjutnya, dalam konsep komunikasi terkait dengan hak asasi yang paling mendasar, yaitu hak atas informasi.

C. Prinsip-prinsip Hak Asasi Kesehatan

Prinsip-prinsip hak asasi kesehatan adalah panduan atau landasan etis yang membentuk dasar hak asasi individu dalam konteks kesehatan. Berikut adalah beberapa prinsip-prinsip utama hak asasi kesehatan:

1. **Hak untuk Hidup dan Tidak Disiksa:** Ini adalah prinsip mendasar yang menegaskan hak setiap individu untuk hidup dengan bebas dari ancaman terhadap nyawa dan kesehatan mereka. Ini juga mencakup hak untuk tidak diperlakukan dengan cara yang merendahkan martabat manusia.
2. **Hak Akses ke Pelayanan Kesehatan:** Prinsip ini menegaskan bahwa setiap orang memiliki hak untuk akses yang setara dan adil ke pelayanan kesehatan yang berkualitas. Ini mencakup hak untuk mendapatkan perawatan medis yang diperlukan dan akses ke pelayanan kesehatan dasar.
3. **Hak untuk Memperoleh Informasi Kesehatan:** Prinsip ini menekankan hak individu untuk menerima informasi kesehatan yang akurat, bermanfaat, dan dapat dipahami. Ini termasuk informasi tentang kesehatan pribadi, pencegahan penyakit, perawatan, dan tindakan yang dapat diambil untuk memelihara kesehatan.
4. **Hak Hidup dalam Lingkungan Sehat:** Hak ini mencakup hak untuk hidup dalam lingkungan yang mendukung kesehatan. Ini termasuk hak untuk udara bersih, air bersih, makanan yang aman, dan lingkungan yang bebas dari polusi yang membahayakan kesehatan.
5. **Hak untuk Terlibat dalam Pengambilan Keputusan Kesehatan:** Prinsip ini menekankan hak individu untuk terlibat dalam pengambilan keputusan tentang perawatan kesehatan mereka. Ini mencakup hak untuk memberikan persetujuan informiran terhadap prosedur medis dan terlibat dalam perencanaan perawatan kesehatan pribadi.
6. **Prinsip Kesetaraan dan Non-Diskriminasi:** Ini adalah prinsip fundamental dalam hak asasi kesehatan. Prinsip ini menegaskan bahwa hak-hak tersebut harus tersedia bagi semua orang tanpa diskriminasi berdasarkan ras, jenis kelamin, agama, orientasi seksual, atau faktor-faktor lainnya. Semua individu harus diperlakukan dengan adil dan setara dalam hal akses ke perawatan kesehatan.

D. Implementasi Hak Asasi Kesehatan

Implementasi hak asasi kesehatan melibatkan kolaborasi antara pemerintah, lembaga internasional, organisasi non-pemerintah, dan masyarakat sipil. Ini membutuhkan upaya berkelanjutan untuk memastikan bahwa hak asasi individu dihormati dalam semua aspek perawatan kesehatan dan dalam semua lapisan masyarakat.

Perlindungan hak asasi kesehatan adalah suatu tantangan yang kompleks, dan ada beberapa masalah dan hambatan yang dapat menghalangi pemenuhan hak asasi kesehatan individu. Berikut adalah beberapa tantangan dalam perlindungan hak asasi kesehatan:

1. **Ketidaksetaraan Akses ke Layanan Kesehatan:** Salah satu tantangan utama adalah ketidaksetaraan akses ke layanan kesehatan. Di berbagai negara, kelompok-kelompok masyarakat tertentu, seperti orang miskin, minoritas etnis, atau wilayah terpencil, seringkali menghadapi kesulitan dalam mendapatkan akses ke perawatan kesehatan yang memadai.
2. **Biaya Layanan Kesehatan:** Biaya layanan kesehatan yang tinggi bisa menjadi hambatan besar. Banyak orang di seluruh dunia tidak mampu membayar perawatan medis yang diperlukan, dan ini menghambat hak asasi mereka untuk perawatan kesehatan yang layak.
3. **Diskriminasi:** Diskriminasi berdasarkan ras, jenis kelamin, orientasi seksual, atau kondisi sosial ekonomi dapat memengaruhi hak asasi kesehatan individu. Diskriminasi di dalam sistem perawatan kesehatan bisa berdampak negatif terhadap diagnosis, perawatan, dan hasil kesehatan.
4. **Keterbatasan Sumber Daya:** Sumber daya yang terbatas dalam sistem kesehatan, terutama di negara-negara berkembang, bisa menjadi hambatan dalam menyediakan layanan kesehatan yang memadai. Ini mencakup kekurangan fasilitas medis, peralatan, dan tenaga kesehatan.
5. **Ketidaksetaraan dalam Pendidikan dan Informasi Kesehatan:** Akses terhadap informasi kesehatan yang

berkualitas dan pendidikan kesehatan tidak merata di seluruh dunia. Banyak orang tidak memiliki pengetahuan yang cukup tentang kesehatan atau cara menjaga kesehatan mereka.

6. **Konflik dan Krisis Kemanusiaan:** Konflik bersenjata, bencana alam, atau situasi kemanusiaan lainnya dapat menghambat akses ke perawatan kesehatan dan menyebabkan gangguan serius dalam pemenuhan hak asasi kesehatan individu.
7. **Perubahan Iklim dan Lingkungan:** Perubahan iklim dan degradasi lingkungan dapat mempengaruhi kesehatan masyarakat secara signifikan. Peningkatan suhu global, polusi udara, dan perubahan dalam pola cuaca dapat menyebabkan ancaman kesehatan yang lebih besar.
8. **Isu Kesehatan Mental:** Hak asasi kesehatan juga mencakup kesehatan mental, dan isu-isu kesehatan mental seringkali diabaikan atau di stigmatisasi di berbagai masyarakat.
9. **Perubahan Demografi:** Perubahan dalam struktur demografi masyarakat, seperti penuaan populasi, dapat menimbulkan tantangan dalam menyediakan perawatan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan individu.
10. **Kebijakan Kesehatan yang Tidak Sesuai:** Kebijakan kesehatan yang tidak sesuai dengan prinsip-prinsip hak asasi kesehatan atau yang tidak diterapkan dengan baik dapat menghambat pemenuhan hak asasi kesehatan individu.

E. Tantangan dan Solusi dalam Perlindungan Hak Asasi Kesehatan

Untuk mengatasi tantangan ini, perlu kerja sama antara pemerintah, lembaga internasional, organisasi non-pemerintah, dan masyarakat sipil untuk merancang kebijakan yang sesuai, memperkuat sistem perawatan kesehatan, meningkatkan akses, dan memastikan bahwa hak asasi kesehatan individu dihormati dan dijamin.

Pengembangan dan pelaksanaan hak asasi kesehatan memerlukan upaya yang komprehensif dari berbagai pihak, termasuk pemerintah, lembaga internasional, organisasi non-pemerintah, dan masyarakat sipil. Berikut adalah beberapa solusi dan rekomendasi untuk memperkuat hak asasi kesehatan:

1. **Penguatan Sistem Kesehatan Universal:** Mendorong dan mendukung sistem kesehatan universal yang memberikan akses setara dan adil ke layanan kesehatan yang berkualitas kepada semua warga negara tanpa diskriminasi berdasarkan status sosial atau ekonomi.
2. **Pendidikan Kesehatan Masyarakat:** Melakukan kampanye pendidikan kesehatan yang efektif untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang kesehatan, pencegahan penyakit, dan pola hidup sehat.
3. **Pengentasan Kemiskinan:** Kebijakan yang secara efektif mengurangi kemiskinan dapat membantu masyarakat untuk mampu membayar perawatan kesehatan. Program bantuan sosial dan kesempatan pekerjaan yang layak juga dapat membantu mengurangi kesenjangan dalam akses ke layanan kesehatan.
4. **Penyediaan Akses ke Obat-obatan Esensial:** Memastikan obat-obatan dan vaksin yang diperlukan tersedia dan terjangkau bagi mereka yang membutuhkannya, terutama dalam kasus pandemi dan wabah penyakit menular.
5. **Promosi Kesehatan Mental:** Meningkatkan kesadaran dan pemahaman tentang kesehatan mental dan menghilangkan stigmatisasi yang terkait dengan masalah kesehatan mental.
6. **Perlindungan Terhadap Diskriminasi:** Memperkuat hukum dan peraturan yang melindungi individu dari diskriminasi di dalam sistem perawatan kesehatan dan dalam masyarakat secara umum.
7. **Partisipasi Masyarakat:** Mendorong partisipasi masyarakat dalam pengambilan keputusan tentang perawatan kesehatan mereka dan dalam merancang kebijakan kesehatan.

8. **Kesehatan Lingkungan:** Mengurangi polusi dan merawat lingkungan untuk memastikan lingkungan yang sehat bagi semua.
9. **Kolaborasi Global:** Kolaborasi internasional dalam pertukaran pengetahuan, sumber daya, dan teknologi kesehatan untuk mengatasi tantangan kesehatan global.
10. **Evaluasi dan Monitoring yang Terus Menerus:** Menerapkan sistem evaluasi dan pemantauan yang kuat untuk memastikan bahwa hak asasi kesehatan individu dihormati dan diterapkan dengan baik.
11. **Kebijakan Kesehatan yang Mencakup Berbagai Aspek Kesehatan:** Kebijakan kesehatan harus mencakup aspek kesehatan fisik, mental, dan lingkungan, serta faktor-faktor sosial yang mempengaruhi kesehatan individu.
12. **Penguatan Kapasitas Tenaga Kesehatan:** Memberdayakan tenaga kesehatan dengan pelatihan dan sumber daya yang memadai untuk memberikan perawatan yang berkualitas.

Solusi dan rekomendasi ini mewakili serangkaian langkah yang dapat diambil untuk mempromosikan dan melindungi hak asasi kesehatan individu di seluruh dunia. Upaya bersama dari berbagai pihak akan diperlukan untuk mengatasi tantangan dalam melaksanakan hak asasi kesehatan dan mencapai kesejahteraan kesehatan yang lebih baik bagi semua orang.

DAFTAR PUSTAKA

- Bagir Manan (1998), *Kedaulatan Rakyat, Hak Asasi Manusia dan Negara Hukum*, Gaya Media Pratema, Jakarta.
- Bastiat, Frederick (1995, orrinally written 1850),. "The Law". Chapter 2 in *Selected Essays on Political Economy*". Irvington-on-Hudson, NY: The Foundation for Economic Education, Inc.
- Beetham, David (1979), *Democracy and Human Rights*, Polity Press, USA.
- Buergenthal, Thomas (1995), *International Human Rights*, West Publishing Co, ST.Paul, Minn.
- Davidson, Scott (1974), *Hak Asasi Manusia, Sejarah, Teori, dan Praktik dalam Pergaulan Internasional*, terjemahan A. Hadyana Pudjaatmaka, Pustaka Utama Grafiti, Jakarta.
- Nickel, James W (1996)., *Hak Asasi Manusia, Refleksi Filosofis atas Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia*, Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Risse, Thomas; Ropp, Stephen C. and Sikkink, Kathryn (2004); *The Power of Human Rights*, Cambridge University Press, 2004.
- Sekretariat Jendral dan Kepaniteraan Mahkamah Konstitusi (2008), *Naskah Komprehensif Perubahan UUD 1945*, Edisi Internasl.
- Subhi Mahmassani (1993), *Konsep Dasar Hak-hak Asasi Manusia Suatu Perbandingan Dalam Syariat Islam dan Perundang-undangan Moderen*, Terjemahan Hasanudin, Tintamas Indonesia, Jakarta.
- Syekh Syaukat Hussain (1996), *Hak Asasi Manusia dalam Islam*, Gema Insani Press, Jakarta.
- Randall, Vernellia R., *The Human Rights to Health*, Website: [Http://academic.udayton.edu](http://academic.udayton.edu)
- Rudi M. Rizki (2003), *Beberapa Catatan tentang Hak Atas Kesehatan*, Makalah pada Semiloka Kesehatan dan Hak Asasi Manusia, IDI-University of Washington-UPLFT, Jakarta.

Sri Soemantri (1998), *Refleksi HAM di Indonesia*, Makalah Penataran Hukum Humaniter Internasional dan Hukum HAM, UGM-ICRC.

BAB 10 | PRINSIP-PRINSIP KERAHASIAAN

Lilis Handayani, S.K.M., M.Kes.

A. Pendahuluan

Berdasarkan hasil dari Majelis Umum PBB pada Tahun 2013 tentang *the right to privacy in the digital age* yaitu banyaknya praktik pengawasan (*surveillance*) dan intersepsi komunikasi yang digunakan secara sewenang-wenang dan melanggar hukum (*unlawfull*), yang didalamnya termasuk berkaitan dengan pengumpulan data pribadi (Assembly, 2014). Selain itu, berdasarkan Pasal 17 Kovenan Internasional Hak-Hak Sipil dan Politik (ICCPR) tentang pengumpulan dan penyimpanan data pribadi, dijelaskan bahwa pengumpulan dan penyimpanan informasi pribadi di komputer, bank data, dan perangkat lain, baik otoritas yang bersifat public maupun individu atau badan pribadi harus diatur dalam hukum. Suatu negara harus memperhatikan langkah-langkah yang efektif untuk memastikan bahwa informasi mengenai kehidupan pribadi seseorang tidak sampai ke tangan yang tidak diizinkan oleh hukum untuk menerima, memproses, dan menggunakannya (Djafar & Santoso, 2019)

Perlindungan terhadap data pribadi dari seseorang merupakan aspek yang dinamis dan akan terus dipengaruhi oleh kemajuan dan inovasi teknologi serta praktik bisnis. Hal ini karena teknologi informasi telah menjadi pedang yang bermata dua dengan memberikan kontribusi bagi peningkatan kesejahteraan, kemajuan, dan peradaban manusia juga menjadi sarana yang efektif dalam melawan hukum. Selain itu, data

pribadi juga termasuk dalam lingkup bahasan hukum siber. Hukum siber adalah hukum yang mengatur keterkaitan digital, privasi, keamanan informasi, dan juga kejahatan yang berhubungan dengan hal tersebut (Giri, 2020). Data pribadi didapatkan dari adanya interaksi antara pemberi layanan dengan penerima pelayanan kesehatan. Contohnya, dalam memberikan perawatan atau pelayanan medis, tenaga kesehatan pasti mendapat, mendengar, atau melihat berbagai informasi yang berkaitan dengan pasien. Akan tetapi, informasi ini tidak hanya diketahui oleh dokter dan perawat yang merupakan tenaga medis, juga tenaga kesehatan, staf administrasi, dan berbagai pihak lain memiliki kemungkinan untuk mengetahui informasi data pribadi pasien (Keliher & Guldi, 2020). Data pribadi pasien tidak boleh diketahui secara umum kecuali atas permintaan dari pasien sendiri atau hal-hal lainnya tanpa alasan yang sesuai dengan ketentuan undang-undang. Apabila data tersebut tidak dirahasiakan atau pihak-pihak tertentu yang mempublikasikannya, maka seseorang yang bersangkutan dapat menuntut secara hukum karena melanggar Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan yang menjelaskan bahwa setiap orang berhak menuntut ganti rugi terhadap seseorang, tenaga kesehatan, dan/atau kelalaian dalam pelayanan kesehatan yang diterimanya (Gusyono, 2021)

Definisi dari data pribadi tidak ditemukan dalam peraturan terkait kesehatan maupun kedokteran. Tetapi, menurut Peraturan Pemerintah No. 71 Tahun 2019 tentang Penyelenggaraan Sistem dan Transaksi Elektronik (PP PSTE), data pribadi merupakan data seseorang yang dapat diidentifikasi dan teridentifikasi secara sendiri atau dikombinasi dengan informasi lainnya secara langsung maupun tidak langsung melalui sistem elektronik dan/atau non elektronik. Contoh data tentang seseorang yang dapat diidentifikasi adalah data terkait pergerakan lokasi, yang kemudian menjadi sumber data untuk pelacakan kontak (Bradford *et al.*, 2020).

B. Kerahasiaan (*Privacy*)

Kerahasiaan data menjamin untuk para pengguna siber dapat terlindungi privasinya baik itu privasi yang berada pada komputer pribadi, piranti genggam maupun terlindungi data privasinya ketika melakukan berbagai aktivitas jelajah internet (I. Gunawan, 2021). Data pribadi merupakan bagian dari *privacy* yang harus dilindungi berdasarkan isi dalam berbagai instrumen hukum internasional, regional, maupun nasional, yang memberikan jaminan pentingnya perlindungan data pribadi (Djafar & Santoso, 2019)

Secara konsep, definisi baku dari privasi belum ditemukan karena istilah *privacy* merupakan *an essentially contested concept* (konsep yang diperdebatkan secara mendalam dan terus menerus) (Djafar & Santoso, 2019). Perdebatan tentang *right privacy* di Eropa dan Amerika Serikat, menurut Daniel J. Solove setidaknya memunculkan enam konsepsi *privacy* yang berkembang dan mewarnai pemikiran tentang hak atas *privacy*. Keenam konsepsi tersebut adalah (Solove, 2002)

1. *Right to privacy* berkonsepkan sebagai *theright to be let alone* yaitu hak untuk dibiarkan sendiri. Konsep ini dipopulerkan oleh Samuel Warren dan Louis Brandeis yang mengadopsi gagasan hakim dari Thomas Cooley dalam tulisannya *Treatise on The Law of Torts* (1880). Sehingga berdasarkan tulisan tersebut memunculkan pemikiran hukum privasi modern dan mempengaruhi pemikiran dan praktik hukum di Amerika dan Eropa.
2. *Right to privacy* sebagai *limited access to the self* yaitu akses terbatas pada diri sendiri. Artinya, penekanan pada keinginan individu untuk menyembunyikan diri dan terpisah dari yang lain tetapi bukan untuk kesendirian (*solitude*) pengasingan, atau penarikan dari orang lain. Kesendirian adalah komponen yang dari konsepsi akses terbatas serta konsepsi hak untuk dibiarkan sendiri. Konsepsi akses terbatas lebih luas yang mencakup kebebasan dari campur tangan pemerintah serta dari intrusi oleh pers dan lainnya. E.L. Godkin sebagai ahli yang mengajukan versi

awal dari teori akses terbatas mengatakan bahwa hak setiap orang menjaga urusannya sendiri, dan untuk memutuskan sendiri sejauh mana mereka akan menjadi subjek pengamatan dan diskusi publik.

3. *Right to privacy* sebagai *secrecy* yaitu penyembunyian hal-hal tertentu dari orang lain. Salah satu pemahaman privasi yang paling umum adalah bahwa kerahasiaan itu merupakan kerahasiaan hal-hal tertentu. Menurut Hakim Richard Posner, kata "Privasi" tampaknya mengandung dua kepentingan yang berbeda yaitu kepentingan dibiarkan sendiri (*being left alone*) dan persembunyian informasi (*concealment of information*). Konsep privasi sebagai kerahasiaan dapat dipahami sebagai bagian dari akses terbatas ke diri sendiri (*limited access to the self*). Kerahasiaan informasi pribadi adalah cara untuk membatasi akses ke diri sendiri. Konsep privasi sebagai penyembunyian informasi (*concealment of information*) tentang diri menjadi fondasi hak konstitusional atas informasi pribadi.
4. *Right to privacy* sebagai *control over personal information*. Salah satu teori privasi yang paling dominan adalah kontrol atas informasi pribadi (*Control Over Personal Information*) yang disampaikan oleh beberapa ilmuwan. Menurut Alan Westin yaitu privasi merupakan klaim individu, kelompok, atau lembaga untuk menentukan sendiri kapan, bagaimana, dan sejauh mana informasi tentang mereka dikomunikasikan kepada orang lain. Arthur Miller menyatakan bahwa atribut dasar dari hak privasi yang efektif adalah kemampuan individu untuk mengontrol sirkulasi informasi yang berkaitan dengannya. Richard Parker menjelaskan ruang lingkup informasi pribadi dengan sangat luas yaitu privasi adalah kendali atas kapan dan siapa yang dapat melihat kita, mendengar kita, menyentuh kita, mencium bau kita, dan merasakan secara keseluruhan.
5. *Right to privacy* sebagai *Personhood* adalah perlindungan kepribadian, individualitas, dan martabat. Teori privasi ini dibangun berdasarkan gagasan Warren dan Brandeis tentang

kepribadian yang tidak dapat diganggu gugat. Menurut Edward Bloustein, privasi adalah konsep terpadu dan koheren yang melindungi dari perilaku yang merendahkan kepribadian, penghinaan terhadap martabat pribadi, atau serangan terhadap kepribadian manusia. Jeffrey Reiman menyatakan bahwa hak atas privasi dalam melindungi minat individu untuk menjadi, menjadi, dan tetap menjadi seseorang

6. *Right to privacy* sebagai *intimacy* yaitu kontrol atas, atau akses terbatas ke, hubungan seseorang atau aspek kehidupan. Teori ini mengakui bahwa privasi tidak hanya penting untuk penciptaan dari individu, tetapi juga untuk hubungan manusia. Salah satu keutamaan privasi sebagai *intimacy* adalah perluas kepribadian moral di luar otonomi rasional yang sederhana

Langkah-langkah pemerintah untuk melindungi dari kehilangan privasi yang direkomendasikan oleh komite yaitu: (Raharjo, 2021)

1. Minimalisasi Data

Data didapatkan paling sedikit yang diperlukan untuk tugas tersebut. Misalnya, jika tujuannya adalah untuk mempelajari penyebaran suatu penyakit, hanya kondisi, tanggal, dan lokasi yang tidak jelas (kota atau kabupaten) yang cukup; nama atau informasi kontak pasien mungkin tidak diperlukan.

2. Anonimisasi Data

Jika memungkinkan, ganti informasi pengenal dengan kode yang tidak dapat dilacak (seperti nomor catatan). Namun pastikan kode tersebut tidak dapat ditautkan ke database lain yang mengungkapkan data sensitif

3. Audit

Catat siapa yang telah mengakses data dan kapan, baik untuk membantu mengidentifikasi pihak yang bertanggung jawab jika terjadi pelanggaran dan untuk mendokumentasikan tingkat kerusakan.

4. Keamanan dan Akses Terkontrol

Cukup melindungi dan mengontrol akses ke data sensitif.

5. Pelatihan

Pastikan bahwa orang yang mengakses data memahami apa yang harus dilindungi dan bagaimana melakukannya.

6. Kualitas

Mempertimbangkan tujuan dari pengumpulan data, cara penyampaian, usia, dan faktor serupa untuk menentukan kegunaan data

7. Penggunaan Terbatas

Berbeda dengan pengendalian akses, tinjau semua usulan penggunaan data untuk menentukan apakah penggunaan tersebut konsisten dengan tujuan pengumpulan data dan cara penanganannya (divalidasi, disimpan, dikendalikan)

8. Data Tertinggal di Tempatnya

Jika memungkinkan, tinggalkan data pada pemilik atau kolektor asli. Langkah ini membantu menjaga dari kemungkinan penyalahgunaan data dari misi yang diperluas hanya karena data tersedia

9. Kebijakan

Tetapkan kebijakan yang jelas untuk privasi data. Mencegah pelanggaran kebijakan privasi.

Kebocoran informasi pribadi dapat diartikan sebagai kegagalan instansi untuk mengamankan dan melindungi kerahasiaan informasi sehingga merugikan berbagai pihak khususnya pengguna. Untuk mengatasinya, instansi atau perusahaan harus mencurahkan tenaga dan waktu agar dapat menyelesaikan permasalahan ini. Belum lagi, biaya yang dikeluarkan tidak sedikit agar masalah ini terpecahkan. Resiko terburuk dari kejadian ini adalah citra instansi atau perusahaan yang tercoreng bahkan dapat berujung penutupan (Shinty, 2023).

C. Prinsip-prinsip Kerahasiaan

Aturan dalam prinsip kerahasiaan adalah informasi tentang menjaga privasi dari pasien. Segala sesuatu yang terdapat dalam dokumen catatan kesehatan pasien hanya boleh dibaca dalam rangka pengobatan pasien. Sehingga tidak ada seorang yang dapat memperoleh informasi tersebut kecuali memiliki izin dari pasien disertakan dengan bukti persetujuan. Diskusi yang berkaitan dengan pasien di luar pelayanan, menyampaikan pada teman atau keluarga tentang pasien dengan tenaga kesehatan lainnya harus dihindari. Karena tenaga kesehatan wajib merahasiakan segala sesuatu yang telah dipercayakan kepada pasien kepadanya, yaitu berupa informasi mengenai penyakitnya dan tindakan yang telah, sedang, dan akan dilakukan, kecuali jika pasien mengizinkannya atau atas perintah dari undang-undang untuk kepentingan pembuktian dalam persidangan (Purnama, 2016).

Interaksi antara pasien dan dokter menimbulkan hukum yang disebut “Transaksi Terapeutik”. Hubungan hukum ini mengakibatkan para pihak menjaga kerahasiaan informasi terkait pasien. Namun kewajiban ini tidak bersifat absolute karena dalam hal tertentu boleh dibuka (Ratman, 2016)

Hak *privacy* adalah suatu hak pribadi, suatu hak atas kebebasan atau keleluasan pribadi yang bersumber dari “*The Right to Self Determination (TROS)*”. Artinya adalah hak untuk menentukan sendiri atau diri (badan) yang tidak boleh diganggu atau yang lebih spesifik adalah “*A right to be free from unwanted publicity*”. Adapun hak *privacy* bersumber dari (Novita & Lubis, 2022):

1. Konvensi-Konvensi Internasional
 - a. Pasal 12 *Universal Declaration of Human Rights*
 - b. Pasal 17 *International Convenan on Civil and Political Rights*
 - c. Butir 6 *Hospital Patients Charter*, 1979
2. Undang-Undang Dasar 1945
3. Undang-Undang Nomor 29 tentang Praktik Kedokteran (Selanjutnya disebut UU Praktik Kedokteran)

Informasi merupakan aset penting bagi suatu organisasi. Setiap organisasi memiliki informasi kritis atau sensitif atau rahasia yang menjadikannya salah satu sumber daya strategis bagi kelangsungan hidup organisasi. Oleh karena itu, perlindungan terhadap informasi tersebut dari berbagai jenis ancaman yang dapat menyebabkan terjadinya kerugian-kerugian organisasi merupakan hal yang mutlak yang harus diperhatikan baik oleh segenap jajaran pemilik, manajemen, maupun karyawan organisasi yang bersangkutan (Mukri, 2018)

Tata kelola informasi dilakukan dengan guna menjamin keutuhan, keaslian, dan ketersediaan informasi, sehingga informasi dapat menjadi bahan pengambilan keputusan yang tepat bagi penerima informasi. Pengelolaan informasi dapat berhasil dengan baik bila didukung dengan komitmen yang tinggi oleh semua stakeholder untuk sadar dan peduli terhadap keamanan informasi sehingga tersebut dapat terjaga keutuhan dan keasliannya (Mukri, 2018)

Terdapat dua prinsip yang dapat diterapkan dalam kebijakan privasi dan pengelolaan data agar informasi pribadi tetap aman dan tidak kalah dengan tuntutan perkembangan teknologi. Pertama adalah jumlah data pribadi yang dikumpulkan dan dikelola harus sangat terbatas. Kedua adalah otoritas final terhadap bagaimana mempergunakan data tersebut, haruslah berada pada orang yang terpengaruh dengan penggunaan data tersebut. Prinsip penggunaan khusus (*dedicated use*) perlu juga dilakukan yaitu dengan mengatur bahwa data pengguna hanya digunakan untuk keperluan spesifik, setelah keperluan itu terlaksana, maka data harus dihapus (Neßler, 2016)

Menurut Pasal 13-15 PP No.46 Tahun 2014, Data Kesehatan dan Informasi Kesehatan dapat diperoleh dari fasilitas kesehatan (pemberi layanan kesehatan) dan dari masyarakat. Data Kesehatan dan Informasi Kesehatan yang diperoleh dari fasilitas kesehatan bersumber dari rekam medis, sedangkan yang diperoleh dari masyarakat bersumber dari antara lain survey, penelitian, dan pelaporan. Berdasar Pasal 1

Permenkes No. 269 Tahun 2008, rekam medis sendiri berisi informasi yang harus berbentuk tertulis. Data kesehatan dan informasi kesehatan belum tentu harus dirahasiakan, sesuai dengan Pasal 61 PP No. 46 Tahun 2014 yang membagi Data Kesehatan dan Informasi Kesehatan Menjadi bersifat terbuka dan tertutup (Muhammad, 2021)

Pengaturan yang ditujukan sebagai mekanisme perlindungan data pribadi dalam kerangka pemenuhan hak atas privasi tercermin pada beberapa model regulasi yang dibentuk oleh sejumlah pihak, termasuk organisasi internasional, seperti kawasan Eropa, *Organization for Economic Cooperation and Development* (OECD), dan *Asia-Pacific Economic Cooperation* (APEC). Selain itu, beragam model perlindungan data pribadi pada sejumlah negara di dunia juga memperkaya khazanah model regulasi. Berbagai model regulasi menunjukkan betapa krusialnya perlindungan data pribadi bagi hak asasi. Model regulasi perlindungan data pribadi juga memuat isu terkait pengawasan terhadap pengelolaan data pribadi yang bersangkutan (Djafar *et al.*, 2016)

Prinsip-prinsip perlindungan data pribadi di Uni Eropa yang harus dipatuhi oleh semua pihak, yaitu (Djafar *et al.*, 2016):

1. Prinsip Pengolahan Data yang Sah
2. Prinsip Tujuan Khusus dan Pembatasan
3. Prinsip Kualitas Data
4. Prinsip Pengolahan yang Jujur
5. Prinsip Akuntabilitas

Perlindungan privasi dapat dilakukan dengan cara mengimplementasikan kebijakan dan prosedur untuk menjaga kerahasiaan data kesehatan, serta dengan melindungi data dari penyalahgunaan dan akses yang tidak sah. Kerahasiaan data kesehatan pasien merupakan hak asasi manusia yang diakui secara internasional dan harus dilindungi oleh setiap negara. Tantangan yang didapatkan dalam pengimplementasian privasi dalam sistem informasi kesehatan adalah kurangnya kesadaran dan keterampilan dalam pengguna sistem. Beberapa mungkin orang tidak menyadari pentingnya menjaga privasi dan tidak

memahami cara menggunakan sistem dengan benar untuk melindungi informasi pribadi mereka (A. Gunawan, 2023).

Regulasi dan aturan terkait privasi dalam sistem informasi kesehatan sangat penting untuk memastikan bahwa informasi kesehatan tetap aman dan terlindungi. Beberapa aturan dan regulasi yang terkait dengan keamanan dan privasi dalam sistem informasi kesehatan antara lain (A. Gunawan, 2023):

1. *Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)*: Undang-undang yang berfokus pada perlindungan privasi dan keamanan informasi kesehatan di Amerika Serikat. HIPAA memperkuat hak privasi pasien dan mewajibkan rumah sakit, klinik, dan lembaga kesehatan lainnya untuk melindungi informasi kesehatan pasien
2. *General Data Protection Regulation (GDPR)*: Aturan yang terdapat di Uni Eropa dengan berfokus untuk melindungi data pribadi warga Uni Eropa, termasuk informasi kesehatan. GDPR mewajibkan perusahaan untuk melindungi data pribadi dan memberikan akses kepada individu yang data pribadinya telah dikumpulkan.
3. *Personal Data Protection Act (PDPA)* yaitu aturan yang diterapkan di Singapura dan mengatur tentang perlindungan data pribadi, termasuk informasi kesehatan. PDPA mewajibkan organisasi untuk mengambil langkah-langkah teknis dan organisasi yang wajar untuk melindungi data pribadi yang dikumpulkan dan diolah.
4. *The Health Information Technology for Economic and Clinical Health (HITECH)* yaitu undang-undang yang memberikan insentif finansial bagi penyedia layanan kesehatan untuk mengadopsi teknologi informasi kesehatan. HITECH juga memperketat aturan HIPAA dengan menambahkan sanksi yang lebih berat untuk pelanggaran keamanan dan privasi informasi kesehatan.

5. ISO 27001: ISO 27001 yaitu standar internasional untuk manajemen keamanan informasi. Standar ini memberikan kerangka kerja untuk mengidentifikasi, mengukur, dan mengelola risiko keamanan informasi.

Prinsip tentang kerahasiaan dalam dunia pelayanan kesehatan khususnya wilayah kedokteran didasari pada keempat prinsip etika yaitu otonomi, kemurahan hati, kebaikan, dan keadilan. Kepentingan atas kerahasiaan terutama pada prinsip otonomi pasien mencakup hak atas kebebasan kehendak terhadap tubuh jasmani serta informasi tentang diri sendiri yang meliputi gaya hidup dan kondisi kesehatan pasien (Wijaya, 2020).

DAFTAR PUSTAKA

- Assembly, U. G. (2014). *The right to privacy in the digital age : resolution /adopted by the General Assembly*. United Nations.
- Bradford, L., Aboy, M., & Kathleen, L. (2020). COVID-19 Contact Tracing Apps: A Stress Test for Privacy, The GDPR, and Data Protection Regimes. *Journal of Law and the Biosciences*, 7(1).
- Djafar, W., & Santoso, M. J. (2019). *Perlindungan Data Pribadi Konsep, Instrumen, dan Isinya*. Lembaga Studi dan Advokasi Masyarakat (ELSAM).
- Djafar, W., Sumigar, B. R. F., & Setianti, B. L. (2016). *PERLINDUNGAN DATA PRIBADI Usulan Pelembagaan Kebijakan dari Perspektif Hak Asasi Manusia*. Lembaga Studi dan Advokasi Masyarakat (ELSAM).
- Giri, S. (2020). Cyber Crime, Cyber threat, Cyber Security Strategies and Cyber Law in Nepa. *Pramana Research Journal*, 9(3).
- Gunawan, A. (2023). *Pengantar Sistem Informasi Kesehatan*. PT. Literasi Nusantara Abadi Group.
- Gunawan, I. (2021). *Keamanan Data: Teori dan Implementasi*. CV Jejak, anggota IKAPI.
- Gusyono, R. (2021). *Tinjauan Yuridis Terhadap Kerahasiaan Data Pasien Berdasarkan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan*. Universitas Islam Negeri Sultan Syarif Kasim Riau.
- Keliher, M., & Guldi, J. (2020). *Data Privacy and Democracy in a pandemic*. Asia & The Pacific Policy Society. Asia & The Pacific Policy Society.
- Muhammad, A. C. (2021). Pembukaan Kerahasiaan Data Pribadi Pasien Dan Data Pribadi Masyarakat Untuk Pelacakan Kontak Demi Menekan Penyebaran COVID-19. *LEGISLATIF*, 4(2).

- Mukri, H. L. (2018). *Modul Praktikum Proteksi Dan Pertukaran Informasi* (No. 7502; HIM 722).
- Neßler, V. B. (2016). Privacy: A Matter of Democracy. Why Democracy Needs Privacy and Data Protection. *International Data Privacy Law*, 6(3).
- Novita, R., & Lubis, D. (2022). Perlindungan Data Medis Pasien Oleh Rumah Sakit Atas Permintaan Medical Check-Up Perusahaan. *Jurnal Meta Hukum*, 1(1).
- Purnama, S. G. (2016). *Modul Prinsip-Prinsip Etika Kesehatan*. Universitas Udayana.
- Raharjo, B. (2021). *Keamanan Sistem Informasi*. Yayasan Prima Agus Teknik.
- Ratman, D. (2016). *Rahasia Kedokteran: Di Antara Moral dan Hukum Profesi Dokter*. Keni Media.
- Shinty. (2023). Pentingnya Keamanan Informasi Pribadi. *SEVIMA*.
- Solove, D. J. (2002). Conceptualizing Privacy. *JSTOR*.
- Wijaya, Y. Y. (2020). Penggunaan Informasi Medis Pasien Dalam Pelaksanaan Perlindungan Hukum Atas Privasi. *Veritas et Justitia*, 6(2).

BAB 11 | REKAM MEDIS DAN *INFORMED* *CONSENT*

Sitti Nurlyanti Sanwar, S.ST.,MH.

A. Pendahuluan

Rekam medis di mulai zaman batu (*Paleolithic*) kurang lebih 2500 SM dimana ditemukannya sebuah lukisan purba tentang trephinis dan amputasi di dalam gua di negara Spanyol. Hal ini memperlihatkan bahwa dulu pra sejarah praktik rekam medis dilakukan depkes RI

Rekam medis mulai berkembang sesuai kemajuan zaman. Rekam medis berasal dari kondisi dan kesadaran pentingnya dokumentasi medis, pendokumentasian data pasien begitu penting, oleh sebab itu pelayanan kesehatan yang dilakukan dokter, perawat, bidan dan tenaga kesehatan perlu dicatat secara tepat dan diolah pada sistem rekam medis.

Pelayanan kesehatan dikatakan berkualitas bila didukung sistem rekam medis yang memiliki kualitas sehingga pasien merasa aman dan nyaman terhadap pelayanan yang diterimanya atau pengelolaan data kesehatan mereka. Oleh karena itu, kesehatan pada dasarnya menunjukkan peningkatan kesadaran, kemampuan dan kemauan hidup untuk sehat bagi seluruh masyarakat agar terwujudnya derajat kesehatan yang maksimal untuk kesejahteraan (Huffman, 2021).

B. Rekam Medis

1. Pengertian Rekam Medis

Rekam medis adalah dokumen yang berisikan data, identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. seiring perkembangan zaman rekam medis melakukan peningkatan dengan adanya rekam medis elektronik. Rekam medis elektronik adalah rekam medis yang dibuat dengan menggunakan sistem elektronik yang diperuntukkan bagi penyelenggaraan Rekam medis. ('Permenkes 269 Tahun 2008 Tentang Rekam Medis', no date)

Rekam medis sejatinya memiliki pengertian yang luas, bukan hanya melakukan pencatatan, namun sebuah sistem penyelenggaraan rekam medis. sedangkan kegiatan pencatatan hanya salah satu kegiatan rekam medis. Definisi rekam medis antara lain:

- a. Rekam Medis menurut Huffman, siapa, apa, di mana, kapan dan bagaimana perawatan pasien selama berada di rumah sakit dan atau tempat pelayanan kesehatan lainnya. Rekam medis seharusnya memiliki data yang ditulis dengan rangkaian kegiatan untuk menghasilkan diagnose, jaminan, pengobatan, dan hasil akhir.
- b. Rekam medis menurut *at introduction guide of organizing health records*, AMRA (*American Medical Record Association*), rekam medis kesehatan berisikan seluruh informasi tentang pasien, penyakit, dan pengobatan serta di dalamnya direkam dalam urutan pelayanan yang terjadi. Rekam medis dilakukan untuk memberikan diagnosis dan pengobatan serta hasil dari pemeriksaan pasien.

Kesimpulannya rekam medis memiliki beberapa paradigma sebagai berikut :

- a. Catatan medis yang menjadi catatan kesehatan yang diisi oleh profesi dokter dan tenaga kesehatan lainnya.
- b. Rekam medis meliputi arsip administrasi seperti *billing*/tagihan, jaminan asuransi, dan atau hasil tindakan pemeriksaan.(Huffman, 2021)

2. Dasar Hukum Penyelenggaraan Rekam Medis

Dasar hukum penyelenggaraan di Indonesia

- a. Undang-undang Kesehatan Nomor 23 Tahun 2009
- b. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/Menkes/PER/III/2008 tentang Rekam Medis
- c. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290/MENKES/PER/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran. Peraturan ini mengatur persetujuan pasien ketika akan diberikan pelayanan kesehatan dengan diberikan penjelasan atas tindak yang akan diberikan. (Shofari Bambang dkk, 2018)

3. Fungsi dan Kepemilikan Rekam Medis

Fungsi atau pemanfaatan rekam medis disingkat ALFRED (*Administratie, legal, financial, reasersch, education, documentation*) sebagai berikut :

- a. Pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien;
- b. Alat bukti dalam proses hukum, disiplin kedokteran, dan kedokteran gigi dan penegakan etika kedokteran dan etika kedokteran gigi;
- c. Keperluan pendidikan dan penelitian'
- d. Dasar pembayar biaya pelayanan kesehatan; dan
- e. Data statistik kesehatan

Fungsi lain menurut M. Yusuf Hanafiah dan Amri Amir, fungsi dan kegunaan rekam medis antara lain:

- a. Alat komunikasi dokter dan tenaga kesehatan lainnya yang bagian dari pemberi pelayanan pengobatan dan perawatan pasien.
- b. Perencanaan pengobatan/perawatan yang akan dilakukan oleh dokter ke pasien
- c. Menjadi alat bukti tertulis dari pelayanan, perkembangan penyakit, dan pengobatan selama pasien dirawat/kunjung di rumah sakit atau puskesmas.
- d. Dasar analisis, studi, evaluasi dari mutu pelayanan yang dilakukan pada pasien.

- e. Melindungi kepentingan hukum bagi pasien, rumah sakit, maupun dokter dan tenaga kesehatan lainnya.
- f. Sumber ingatan dalam dokumentasi, serta sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan

Kepemilikan rekam medis dalam Permenkes Nomor 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis pasal 12 disebutkan sebagai berikut :

- a. Berkas rekam medis milik sarana pelayanan kesehatan.
- b. Isi rekam medis merupakan milik pasien.
- c. Isi rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dalam bentuk ringkasan rekam medis.
- d. ringkasan rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat diberikan, dicatat, atau di copy oleh pasien atau orang yang diberi kuasa atau atas persetujuan tertulis pasien atau keluarga pasien yang berhak untuk itu. ('Permenkes 269 Tahun 2008 Tentang Rekam Medis', no date)

4. Kerahasiaan Rekam Medis

Informasi tentang pasien tentang identitas, diagnose, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan pasien untuk dilakukan penjagaan kerahasiaan oleh dokter, dokter gigi, tenaga kesehatan, petugas pengelola dan ketua sarana pelayanan kesehatan. informasi rekam medis dapat dilihat dalam :

- a. Kepentingan kesehatan pasien;
- b. Terpenuhinya permintaan penegak hukum dalam memberikan hukum atas perintah pengadilan;
- c. Persetujuan dan atau permintaan pasien;
- d. Permintaan lembaga berdasarkan ketentuan perundang-undangan ;
- e. Kepentingan penelitian, pendidikan, dan audit medis, sepanjang tidak membuka rahasia pasien;

Untuk memberikan perlindungan kerahasiaan dibuat ketentuan sebagai berikut:

- a. Khusus petugas rekam medis yang diperbolehkan masuk dalam ruangan penyimpanan berkas rekam medis.
- b. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh isi rekam medis untuk bahan-bahan atau perorangan, kecuali yang telah ditetapkan oleh peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- c. Selama pasien dirawat, rekam medis merupakan tanggung jawab petugas kesehatan khususnya perawat dan menjaga kerahasiaan. (shofari bambang dkk, 2018).

5. Jenis dan Isi Rekam Medis

Data yang ditulis dalam *Medical Record* dibedakan menjadi beberapa jenis diantaranya:

- a. Isi rekam medis untuk pasien rawat jalan sarana pelayanan kesehatan, memuat:
 - 1) Identitas pasien;
 - 2) Tanggal dan waktu;
 - 3) Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
 - 4) Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
 - 5) Diagnosis;
 - 6) Rencana penatalaksanaan;
 - 7) Pelayanan lain yang telah diberikan ke pasien
 - 8) Pengobatan dan atau tindakan
 - 9) Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik, dan
 - 10) Persetujuan tindakan bila diperlukan
- b. Isi rekam medis untuk pasien rawat inap dan perawatan satu hari, memuat:
 - 1) Identitas pasien;
 - 2) Tanggal dan waktu;
 - 3) Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
 - 4) Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;

- 5) Diagnosis;
 - 6) Rencana penatalaksanaan;
 - 7) Pelayanan lain yang telah diberikan ke pasien
 - 8) Pengobatan dan atau tindakan
 - 9) Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan;
 - 10) Ringkasan pulang (*discharge summary*);
 - 11) Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan;
 - 12) Persetujuan tindakan bila diperlukan
 - 13) Pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik.
- c. Isi rekam medis untuk pasien gawat memuat:
- 1) Identitas pasien;
 - 2) Kondisi saat pasien tiba di tempat pelayanan kesehatan;
 - 3) Identitas pengantar pasien;
 - 4) Tanggal dan waktu;
 - 5) Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
 - 6) Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
 - 7) Diagnosis;
 - 8) Pelayanan lain yang telah diberikan ke pasien
 - 9) Pengobatan dan atau tindakan
 - 10) Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut;
 - 11) Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan;
 - 12) Sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke tempat pelayanan kesehatan lain.
- d. Isi rekam medis pasien dalam keadaan bencana, antara lain:

- 1) Jenis bencana dan lokasi pasien ditemukan;
 - 2) Kategori kegawatdaruratan dan nomor pasien bencana massal; dan
 - 3) Identitas yang menemukan pasien.
- e. Isi rekam medis untuk pelayanan dokter spesialis atau gigi spesialis dapat dikembangkan sesuai dengan kebutuhan. ('permenkes 269 tahun 2008 tentang rekam medis', no date)

6. Penyimpanan, Pemusnahan, dan Kerahasiaan

Rekam medis secara fisik merupakan milik rumah sakit, puskesmas dan atau tempat pelayanan kesehatan lainnya. pelaksanaan rekam medis diatur oleh tim rekam medis atau manajemen informasi kesehatan. Rekam medis disimpan sampai 5 dan 10 tahun terhitung dari hari terakhir pasien berkunjung, kemudian dokumen tersebut dapat dimusnahkan sesuai dengan peraturan yang telah ditetapkan yakni Permenkes Nomor 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis. (Idries and Tjipto Hartono, 2016)

C. Informed Consent

1. Pengertian Informed Consent

Informed Consent dalam dokumen konvensi international on civil and political right mengartikan bahwasanya manusia memiliki HAM yang menjadi dasar hubungan antara dokter dan pasien. hubungan antara dokter atau tenaga kesehatan dengan pasien adalah transaksi terapeutik yang menjadi fokus pada hak asasi manusia dan hak atas informasi.

Sebelum mendapatkan tindakan medis yang diberikan oleh dokter dan atau tenaga kesehatan lainnya perlu adanya *informed consent* (persetujuan tindakan medis). *Informed Consent* terdiri dua suku kata yaitu informed (informasi medis) dan consent (sepakat). persetujuan pasien yang memiliki arti cukup luas dimana pasien memberikan tanda tangan pada formulir persetujuan tindakan medis, setelah itu

pasien menerima informasi dan memberikan kepercayaan kepada dokter atau tenaga kesehatan lainnya untuk memberikan pelayanan kesehatan.

Informed consent memiliki beberapa pandangan dan pendapat dari beberapa ahli, antara lain:

- a. Thiroux, *informed consent* adalah suatu pendekatan terhadap kebenaran dan keterlibatan pasien dan keputusan mengenai pengobatannya.
- b. Appelbaum, *informed consent* merupakan proses komunikasi.
- c. Fardeen dan Beauchamp, *informed consent* adalah hubungan antara dokter dengan pasien yang didasarkan asas kepercayaan, dimana pasien memiliki hak otonomi untuk menentukan nasib atas dirinya dan adanya hubungan perjanjian antara dokter dan pasien.

Dari pendapat para ahli dapat disimpulkan bahwa *informed consent* adalah persetujuan antara dokter dengan pasien berdasarkan asas kepercayaan dua arah terkait pemberian tindakan medis yang diambil untuk penyembuhan pasien serta resiko media yang mungkin akan terjadi. Beberapa peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan *informed consent*, antara lain:

- a. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
- b. Undang-undang Nomor 24 Tahun 2009 tentang Praktik Kesehatan
- c. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290/MENKES/PER/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran.(Siregar, 2020)

2. Manfaat *Informed Consent*

Informed consent adalah sesuatu yang penting dalam pelaksanaan kontrak terapeutik, menurut J Guwandi manfaat *informed consent* untuk pasien, antara lain:

- a. Perlindungan setiap orang memutuskan secara bebas pilihannya berdasarkan pemahaman yang baik;

- b. Perlindungan yang berasal dari pasien;
- c. Memberikan perlindungan dari paksaan dan penipuan;
- d. Adanya kepedulian pada tenaga medis agar terus memperbaiki diri;
- e. Menjadi catatan pengambilan keputusan yang mencerminkan rasionalitas;
- f. Peran masyarakat sebagai kontrol biomedik.

Sedangkan manfaat *informed consent* untuk dokter sebagai batasan otoritas dokter ke pasien yang ditanganinya. hal tersebut dilakukan untuk melindungi pasien atas tindakan medis yang diberikan tanpa sepengetahuan pasien serta banteng dari suatu peristiwa yang disangka dan dapat menimbulkan dampak yang buruk. (Siregar, 2020)

3. Bentuk *Informed Consent*

Informed consent memiliki dua bentuk persetujuan tindakan medis, antara lain:

a. *Implied Consent* (dianggap diberikan)

Umumnya *implied consent* diberikan kepada pasien dalam keadaan normal, artinya dokter dapat menerima persetujuan tindakan medis tersebut dari isyarat yang diberikan/dilakukan pasien. Demikian pula pada kasus gawat darurat sedangkan dokter memerlukan tindakan segera sementara pasien dalam keadaan tidak bisa memberikan persetujuan dan keluarganya tidak ada ditempat, maka dokter dapat memberikan tindakan medis terbaik menurut dokter.

b. *Expressed Consent* (*dinyatakan*)

Dapat dikatakan secara lisan maupun tertulis. Dalam tindakan medis yang bersifat invasif dan mengandung risiko, dokter sebaiknya mendapatkan persetujuan secara tertulis, atau yang secara umum dikenal di rumah sakit sebagai surat izin operasi. (Busro, 2018)

Pasal 45 (4), (5) Undang-undang Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran. formulir persetujuan tindakan medik harus memenuhi antara lain:

- 1) Nama dan alamat institusi
- 2) Judul surat
- 3) Identitas pasien atau keluarga pasien yang bertindak dalam memberikan persetujuan
- 4) Nama dokter yang diberikan persetujuan untuk diberikan tindakan medis
- 5) Jenis tindakan medis yang disetujui oleh pasien
- 6) Pernyataan pasien atau keluarga memperoleh informasi dengan jelas mengenai diagnosa dan cara tindakan medis yang akan diterimanya, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan lain serta resiko yang akan terjadi.
- 7) Tempat, tanggal dan jam persetujuan yang telah ditandatangani
- 8) Tanda tangan yang memberikan persetujuan
- 9) Ada dua orang saksi. (Idries and Tjipto Hartono, 2016)

4. *Informed Consent* berdasarkan Hukum Perjanjian

Perjanjian adalah sebuah peristiwa dalam peristiwa dimaksud subjek hukum berjanji terhadap subjek hukum lainnya, atau bisa juga terdapat dua subjek hukum saling berjanji untuk melaksanakan perihal sesuatu. Sedangkan menurut rumusan Pasal 1313 Kitab Undang-Undang Hukum Acara Perdata (KUHPerdata), suatu perjanjian adalah tindakan satu orang atau lebih mengikatkan diri terhadap satu orang lain atau lebih. Pengertian kedua tersebut menunjukkan bahwa suatu perjanjian haruslah dibuat oleh 2 atau lebih subjek hukum.

Pasal 1320 KUHPerdata menetapkan 4 (empat) syarat agar suatu perjanjian dapat dikatakan sah secara hukum. 4 (empat) persyaratan kemudian dikelompokkan menjadi 2 (dua) unsur, antara lain:

a. Syarat Subjektif

- 1) Adanya kesepakatan mereka yang mengikatkan dirinya.

Kesepakatan merupakan pernyataan untuk saling sama-sama menyetujui permintaan masing-masing pihak, yang lahir tanpa adanya paksaan, kekeliruan, bujuk rayu, maupun tipu muslihat. Dalam suatu kesepakatan (kata sepakat) tidak diperkenankan adanya kekhilafan mengenai hal yang diperjanjikan maupun kekhilafan kekhilafan terkait pihak lainnya dalam persetujuan tersebut, apalagi jika perjanjian tersebut atas diri yang berjanji. Pertemuan dua kehendak dalam sebuah kesepakatan untuk saling mengisi hak dan kewajiban sesuai dengan yang telah diperjanjikan merupakan hakikat dari sebuah “kesepakatan.

Persetujuan pasien terhadap Tindakan yang akan dilakukan oleh dokter, dokter gigi dan atau tenaga kesehatan terhadap dirinya dapat diberikan secara tertulis maupun secara lisan, namun dalam hal Tindakan medis yang akan diambil mengandung resiko medis yang tinggi, maka persetujuan haruslah diberikan secara tertulis yang ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan.

Untuk mengetahui kapan seorang pasien memberikan persetujuan atas Tindakan medis yang akan diambil terhadap dirinya, maka dapat diketahui melalui 5 (lima) cara, yakni (Suhadi, 2021):

- a) Melalui bahasa yang sempurna dan tertulis

Persetujuan pasien melalui Bahasa yang baik dan tertulis dapat diartikan bahwa persetujuan tersebut diberitahu langsung kepada pasien atau yang berhak memberikan persetujuan melalui persetujuan tertulis yang memberitahukan dengan tegas dan lugas tanpa ada keraguan dan multi tafsir bahwa pasien atau pihak yang berhak telah

memberikan persetujuan kepada dokter atau dokter gigi atas Tindakan medis yang akan dilakukan.

b) Melalui bahasa yang sempurna secara lisan

Pasien yang berhak menyampaikan persetujuannya atas tindakan medis melalui pernyataan langsung yang disampaikan secara tegas dan lugas tanpa ada keraguan dan multi tafsir bahwa pasien telah memberikan persetujuan kepada dokter atau dokter gigi atas tindakan medis yang akan dilakukan.

c) Melalui bahasa yang tidak sempurna namun dapat diterima oleh pihak-pihak yang mengadakan perjanjian.

Pasien atau orang yang berhak menyampaikan persetujuannya kepada dokter atau dokter gigi atas upaya medis yang akan dilakukan dengan menggunakan Bahasa yang tidak sempurna akan tetapi persetujuan yang disampaikan tersebut dapat dimengerti dan dipahami dengan baik oleh dokter atau dokter gigi.

d) Melalui bahasa isyarat awal, namun bisa diterima pada awalnya.

Penyampaian persetujuan oleh pasien terhadap Tindakan dokter, dokter gigi melalui cara ini, dilakukan dengan cara pasien atau orang yang berhak memberikan persetujuan, melalui isyarat-isyarat seperti menggemukkan kepada (*body language*).

e) Melalui sikap diam, namun dipahami atau diterima oleh pihak lainnya.

Persetujuan yang diberikan oleh pasien atau orang yang berhak dilakukan melalui sikap diam. Berdasarkan cara ini, maka logika berpikirnya beranjang dari sikap yang diambil oleh pasien atau orang yang berhak memberikan persetujuan

setelah mendengar penjelasan dokter atau dokter gigi tentang diagnosa penyakit yang diderita pasien, Tindakan medis apa yang harus diambil serta resiko medis apa yang bisa terjadi atas Tindakan medis yang diambil. Jika pasien atau orang yang berhak memberikan persetujuan hanya bersikap diam dan tidak beranjak, maka pasien tersebut memberikan persetujuan dianggap telah memberikan persetujuannya atas Tindakan medis yang akan diambil. Sebaliknya, pasien memberikan persetujuan pergi setelah mendengar penjelasan dokter atau dokter gigi, maka pasien memberikan persetujuan dianggap menolak Tindakan medis yang akan diambil oleh dokter atau dokter gigi.

- 2) Adanya kecakapan dari mereka yang membuat suatu perikatan.

Hukum perdata menetapkan bahwa setiap orang dan badan hukum merupakan legal entity (subjek hukum). Dalam hal ini, Pasal 330 KUHPerdata memberikan batasan subjek hukum yang dapat menjadi para pihak di dalam perjanjian, sebagai berikut :

- a) Orang dewasa (21 tahun)
- b) Sudah menikah
- c) Yang tidak berada dibawah pengampuan

Terjadinya kesepakatan dan kecakapan subyek hukum dalam suatu perjanjian yakni syarat yang tidak bisa ditinggalkan. tanpa adanya surat ini maka suatu perjanjian dapat dibatalkan (*Voidable*) dan memberikan keputusan konstitutif.

Pembatasan dari KUHPerdata tersebut, *informed consent* tidak dilakukan kepada pasien yang belum dewasa dan pasien dibawah pengampuan. Oleh karena itu pasien yang belum dewasa dan dibawah pengampuan, maka perjanjian *informed consent* harus dilakukan oleh wali atau pengampu dari pasien.

b. Syarat Objektif

1) Adanya hal tertentu yang diperjanjikan.

Obyek perikatan dalam suatu perjanjian dapat berupa memberikan sesuatu, yakni Memberikan suatu prestasi atau menyerahkan sesuatu barang, Berbuat sesuatu adalah melakukan suatu yang sifatnya tidak memberikan barang (berwujud), dan Tidak berbuat sesuatu, yaitu tidak melakukan sesuatu hal sebagaimana yang telah di perjanjian

Perjanjian *informed consent*, bagian dari pelayanan Kesehatan merupakan objek yang terdapat didalamnya. Pelayanan Kesehatan ini mencakup jasa konsultasi dan jasa Tindakan medis.

2) Adanya suatu sebab yang hal (tidak dilarang oleh undang-undang).

Kausa merupakan terjemahan dari kata *oorzaak* dalam Bahasa Belanda dan *causa* dalam Bahasa Latin yang bermakna dalam hal sebuah perjanjian ini bukan berarti sesau yang menyebabkan seseorang membuat perjanjian, tetapi mengacu kepada substansi serta tujuan dibuatnya perjanjian itu sendiri. Hal-hal yang dimaksud dengan sebab yang halal dalam sebuah perjanjian adalah Perjanjian *informed consent* merupakan perjanjian yang dibuat antara dokter, dokter gigi dan atau tenaga kesehatan dengan pasien. Perjanjian tersebut dapat dikatakan memenuhi unsur sebab yang halal, antara lain :

- a) Perjanjian tidak boleh bertentangan dengan ketertiban umum, kesusilaan dan undang-undang.
- b) Sebab dikatakan palsu jika diadakan untuk menutupi sebab yang sebenarnya.
- c) Sebab dikatakan terlarang jika bertentangan dengan undang-undang, kesusilaan dan ketertiban umum

- d) Suatu perjanjian tanpa sebab, jika tujuan yang dimaksud oleh para pihak pada saat dibuatnya perjanjian tidak akan tercapai.

5. Pengecualian dalam *Informed Consent*

Dewasa ini *informed consent* dokter dijadikan pihak yang paling bersalah terjadi resiko medis saat memberikan tindakan medis kepada pasien dalam keadaan emergency. Namun disisi lain, dokter dihadapkan pada ketentuan pidana jika memberikan pertolongan pertama kepada pasien dalam keadaan *emergency*. Pasal 190 Undang-undang No 36 tahun 2009 tentang Kesehatan menyatakan bahwa “*Pimpinan fasilitas pelayanan Kesehatan dan/atau tenaga Kesehatan yang melakukan praktik atau pekerjaan pada fasilitas pelayanan Kesehatan yang dengan sengaja tidak memberikan pertolongan pertama terhadap pasien yang dalam keadaan gawat darurat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 32 ayat (2) atau Pasal 85 ayat (2) dipidana dengan pidana penjara paling lama 2 (dua) tahun dan denda paling banyak Rp. 200.000.000,- (dua ratus juta rupiah)*”.

Pada ayat (2) disebutkan: “*dalam hal perbuatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengakibatkan terjadinya kecacatan atau kematian, pimpinan fasilitas pelayanan Kesehatan dan/atau tenaga Kesehatan tersebut dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan denda paling banyak Rp. 1.000.000.000,- (satu miliar rupiah)*”

Pihak keluarga pasien cenderung menyalahkan dokter yang mengakibatkan resiko medis terhadap pasien dalam keadaan gawat darurat karena tidak adanya *informed consent*. Kondisi disebabkan karena ketidaktahuan pasien terhadap pengecualian yang ditetapkan oleh peraturan perundang-undangan terhadap penerapan *informed consent*.

Pengecualian penerapan *informed consent* secara jelas dan tegas dinyatakan di dalam Pasal 4 Peraturan Menteri Kesehatan No. 290/Menkes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran. Di dalam ayat (1) dinyatakan: “*dalam keadaan gawat darurat, untuk menyelamatkan jiwa pasien dan/atau mencegah kecacatan tidak*

diperlukan persetujuan Tindakan kedokteran. Ayat (2) menyatakan: “keputusan untuk melakukan Tindakan kedokteran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diputuskan oleh dokter atau dokter gigi dan dicatat dalam rekam medis. Ayat (3) menyatakan: “dalam hal dilakukannya Tindakan kedokteran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dokter atau dokter gigi wajib memberikan penjelasan sesegera mungkin kepada pasien setelah sadar atau kepada keluarga terdekat” .(Busro, 2018)

DAFTAR PUSTAKA

- Busro, A. (2018) 'Aspek Hukum Persetujuan Tindakan Medis (Inform Consent) Dalam Pelayanan Kesehatan', 1(1), pp. 1–18.
- Huffman (2021) 'Perkembangan rekam medis', *Rekam Medis*, pp. 1–36.
- Idries, A. and Tjiptomartono, A.L. (2016) 'BUKU_PENERAPAN_ILMU_KEDOKTERAN_DALAM_P
ROSES_PENYIDIKAN_ARTIKEL_1_INFORMED_CONSEN
T_4.pdf'.
- 'Permenkes 269 Tahun 2008 Tentang Rekam Medis' (no date).
- Shofari Bambang dkk (2018) 'Dasar Pengelolaan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan', *Pengelolaan Rekam Medis Pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan*, pp. 62–71.
- Siregar, A. (2020) *Hukum Kesehatan Jilid 1, Hukum Kesehatan Jilid 1*.

BAB 12 | *PATIENT SAFETY* (KESELAMATAN PASIEN)

Drg. Sekar Ayu Runggandini, S.K.G., MARS.

A. Pendahuluan

Penemuan ilmiah kedokteran modern telah membawa kemajuan yang luar biasa dalam bidang perawatan kesehatan. Meskipun demikian, penelitian dari berbagai negara menunjukkan bahwa ada bahaya serius terhadap keselamatan pasien. Telah menjadi perhatian bahwa pasien di RS (RS) rentan terhadap kejadian yang tidak diinginkan (KTD), dan pasien yang mengkonsumsi obat berisiko mengalami efek samping negatif dan kesalahan pengobatan. Perlunya menciptakan bidang studi khusus dalam keselamatan pasien untuk membantu pemahaman konsep dan prinsip keselamatan pasien oleh para manajer pelayanan medis, organisasi pelayanan kesehatan, pemerintah secara global, dan konsumen adalah salah satu implikasi utama dari pemahaman ini. Para profesional kesehatan memiliki tanggung jawab yang signifikan dalam menangani masalah keselamatan pasien, yang membutuhkan partisipasi dari semua pihak terkait dan kesadaran akan besarnya kerugian yang ditimbulkan pada pasien serta alasan mengapa pelayanan kesehatan perlu bertransformasi untuk merangkul budaya keselamatan pasien di setiap tingkatan (Irviranty *et al.*, 2015)

Institute of Medicine di Amerika Serikat merilis laporan bertajuk ("wake up call") : "TO ERR IS HUMAN", Building a Safer Health System pada tahun 2000. Laporan yang dipaparkan berasal dari penelitian di RS New York, Colorado, dan Utah. Baik di Utah dan Di Colorado, kejadian buruk menyumbang 2,9% kasus, dengan 6,6% kematian. sebesar 2,9%, 6,6% diantaranya meninggal dunia. Saat di Kota New York Dengan angka kematian 13,6%, KTD (Kejadian Tidak Diharapkan) sebesar 3,7%. % kematian karena KTD (Kejadian Tidak Diharapkan) pada pasien rawat inap di seluruh negeri yang mencapai 33,6 juta setiap tahunnya turun antara 44.000 hingga 98.000 (Depdiknas, 2017) (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

Laporan WHO dari 2004, data gabungan dari penelitian RS di beberapa RS Amerika Serikat, Inggris, Denmark, dan Australia menemukan bahwa jumlah pasien yang dirawat di RS sebesar 3,2 sampai dengan 16,6% ditemukan KTD . Setelah itu ditahun yang sama WHO menerbitkan program keselamatan pasien yang diberi nama "WHO Patients Safety" dengan Visi : Every patient receives safe health care, every time, everywhere (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

Dalam buku Panduan Nasional Keselamatan Pasien RS yang diterbitkan tahun 2005 disebutkan masih langkanya data tentang KTD (Kejadian Tidak Diharapkan) maupun gi Kejadian Nyaris Cedera (Near miss) di Indonesia namun di sisi lainya laporan tuduhan " malpraktik " meningkat meski tuduhan itu belum sesuai dengan bukti akhirnya (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

Gerakan kesadaran pentingnya keselamatan pasien di Indonesia digagas oleh PERSI (Perhimpunan RS Seluruh Indonesia) pada tahun 2005 dengan menginisiasi Pembentukan Komite keselamatan pasien RS yang kemudian menjadi Institut keselamatan pasien (IKPRS). Pemerintah sendiri mengambil peran mengeluarkan ketentuan tentang RS yang tertuang pada pasal 43 UU nomor 44/2009 serta pada tahun 2011 mengeluarkan ketentuan tentang keselamatan pasien RS yang tertuang pada pasal 3 Permenkes 1691/Menkes/Per/VIII/2011.

Barulah pada 2012 menguatkan komitmen terhadap keselamatan pasien dengan mengeluarkan kebijakan yang tertuang pada Surat keterangan Menteri Kesehatan RI No 251 tahun 2012 dengan Membentuk Komite Keselamatan Pasien RS (KKPRS) (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

B. Definisi *Patient Safety*

Kesimpulan dari penjelasan WHO tentang Patient Safety ialah Patient Safety atau dalam bahasa Indonesianya adalah keselamatan pasien mengacu pada keadaan di mana pasien tidak mengalami bahaya yang dapat dihindari selama menerima layanan kesehatan. Bidang keselamatan pasien melibatkan upaya sistematis dan kolaboratif yang bertujuan untuk mengurangi terjadinya bahaya pada pasien yang diakibatkan oleh proses perawatan kesehatan (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

Kesimpulan dari PMK tentang Keselamatan Pasien RS tahun 2011, Keselamatan pasien RS adalah sistem RS untuk membuat perawatan yang lebih aman bagi pasien mereka. Hal ini termasuk menilai risiko, menemukan dan mengelola risiko yang terkait dengan pasien, melaporkan dan menganalisis insiden, belajar dari insiden tersebut dan menindaklanjutinya, serta menerapkan cara-cara untuk menurunkan risiko dan menghentikan cedera yang terjadi karena kesalahan dalam melakukan sesuatu atau tidak melakukan sesuatu. kesalahan yang terjadi saat Anda melakukan sesuatu atau tidak melakukan sesuatu yang seharusnya dilakukan (Menteri Kesehatan RI, 2011).

Keselamatan pasien mengacu pada konsep menyeluruh dan prinsip panduan dalam proses pemberian layanan kesehatan di institusi penyedia layanan kesehatan. Hal ini mencakup tindakan dan praktik yang diterapkan untuk memastikan kesejahteraan dan perlindungan pasien selama perjalanan perawatan kesehatan mereka. Manajemen keselamatan pasien merupakan persyaratan wajib bagi semua RS, yang berfungsi untuk menjamin penyediaan layanan

perawatan kesehatan yang aman dan terjamin bagi pasien. Hal ini menyiratkan bahwa RS dan penyedia layanan kesehatan, bersama dengan para profesional kesehatan mereka, diharapkan untuk memberikan layanan medis yang berkualitas tinggi, luar biasa, dan optimal untuk memastikan keselamatan pasien. Selain mengadopsi perspektif yang berorientasi pada layanan, sangat penting bagi penyedia layanan kesehatan untuk memprioritaskan tujuan utama mereka dalam memfasilitasi bantuan. Sangat penting bagi semua tenaga kesehatan untuk menawarkan bantuan kepada pasien dalam mengurangi ketidaknyamanan yang mereka alami. Tujuan utama pekerja medis adalah memberikan bantuan medis. Pemberian bantuan medis harus komprehensif, diberikan secara konsisten sepanjang waktu, dan dilanjutkan hingga tidak diperlukan lagi. Istilah berkesinambungan menunjukkan pemberian bantuan tanpa henti sampai semua kebutuhan kesehatan pasien terpenuhi (Rachmawati and Harigustian, 2019).

Pentingnya keselamatan pasien merupakan Hak yang memiliki payung hukum yang jelas yang juga tertuang pada UUD 1945 pasal 28 H yang didalamnya menyatakan bahwa setiap warga negara berhak mendapat pelayanan kesehatan yang layak. Hak-hak pasien tersebut menjadi tuntutan RS untuk dapat dipenuhi sebagai dorongan kemanusiaan dalam menolong pasien (Rachmawati and Harigustian, 2019)

C. Sasaran Keselamatan Pasien

Tujuan utama dari Sasaran Keselamatan Pasien adalah untuk memfasilitasi peningkatan yang ditargetkan dalam keselamatan pasien. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi dan menganalisis aspek-aspek yang bermasalah dalam sistem perawatan kesehatan, dan untuk memberikan gambaran yang komprehensif mengenai solusi dan rekomendasi berbasis bukti yang berasal dari bukti berbasis konsensus dan pendapat para ahli mengenai masalah-masalah ini. Diakui secara luas bahwa aspek penting dari desain sistem yang efektif adalah penyediaan layanan kesehatan yang

memprioritaskan keamanan dan kualitas, kapan pun memungkinkan. Tujuan utamanya berpusat pada solusi yang komprehensif (H. Muhdar *et al.*, 2021). Terdapat 6 sasaran keselamatan pasien (Kementerian Kesehatan RI, 2015) , dengan penjabaran sebagai berikut :

1. Ketepatan Identifikasi Pasien : Kebijakan dan/atau prosedur yang dirancang secara kolaboratif diimplementasikan untuk meningkatkan proses identifikasi, khususnya berfokus pada prosedur identifikasi pasien selama pemberian obat. Topik yang dibahas berkaitan dengan pengadaan darah, produk darah, dan spesimen lain untuk tujuan pemeriksaan klinis, serta pemberian pengobatan selanjutnya. Dalam konteks praktik klinis, pelaksanaan pemeriksaan klinis atau pelaksanaan intervensi terapeutik sering kali diperlukan. Tindakan tambahan. Kebijakan dan/atau prosedur memerlukan minimal Ada dua metode utama untuk identifikasi pasien, yaitu melalui penggunaan nama pasien dan informasi medis. Informasi pasien yang diperlukan meliputi nama individu, nomor rekam medis, tanggal lahir, dan gelang identifikasi pasien yang berisi kode batang, di antara detail lainnya yang relevan. Pemanfaatan barcode, di antara teknologi lainnya, adalah pengenalan numerik atau posisi fisik kamar pasien. Hal ini termasuk identifikasi pasien koma yang masih belum teridentifikasi. Pendekatan partisipatif digunakan untuk merumuskan kebijakan dan/atau proses dengan tujuan untuk mengidentifikasi semua skenario potensial secara komprehensif (H. Muhdar *et al.*, 2021).
2. Peningkatan Komunikasi yang Efektif : RS terlibat dalam proses kolaboratif untuk menetapkan kebijakan dan/atau prosedur yang berkaitan dengan pesanan lisan dan telepon. Proses ini melibatkan pencatatan atau entri komputer atas perintah yang telah diselesaikan atau hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh petugas penerima pesanan. Selain itu, petugas penerima pesanan bertanggung jawab untuk membacakan pesanan atau hasil pemeriksaan secara lisan,

dan memastikan bahwa informasi tertulis dan lisan tersebut akurat melalui konfirmasi (H. Muhdar *et al.*, 2021).

3. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (High-Alert) : RS terlibat dalam upaya kolaboratif untuk merumuskan kebijakan dan/atau metode yang bertujuan untuk menyusun inventaris komprehensif bahan farmasi yang perlu dipantau secara ketat. Upaya ini didasari oleh data yang dapat diakses dalam lingkup institusi. Kebijakan dan/atau praktik ini juga menjelaskan lokasi spesifik di mana konsentrat elektrolit diperlukan, seperti di unit gawat darurat atau ruang operasi. Kebijakan ini juga menguraikan pelabelan elektrolit yang tepat dan penyimpanannya di area ini, dengan tujuan membatasi akses dan mengurangi risiko pemberian yang tidak disengaja atau tidak diinginkan. Untuk mengurangi terjadinya pemberian yang tidak disengaja atau tidak diinginkan (H. Muhdar *et al.*, 2021).
4. Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat pasien operasi : Sangat penting bagi RS untuk terlibat dalam upaya bersama dalam merancang kebijakan dan/atau prosedur komprehensif yang bertujuan untuk secara efektif menangani dan mengurangi masalah Salah lokasi, salah-prosedur, pasien-salah pada operasi, . Selain itu, penggunaan praktik berbasis bukti juga diperhatikan, termasuk yang diuraikan dalam Daftar Periksa Keselamatan Bedah dari Keselamatan Pasien Organisasi Kesehatan Dunia (2009) dan Protokol Universal Komisi Bersama untuk Mencegah Pembedahan Salah Lokasi, Salah Prosedur, Salah Orang (H. Muhdar *et al.*, 2021)
5. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan : RS menggunakan pendekatan kolaboratif dalam merumuskan kebijakan dan/atau prosedur yang selaras dengan pedoman kebersihan tangan yang diterima secara luas, serta menerapkan pedoman tersebut di lingkungan RS (H. Muhdar *et al.*, 2021).

6. Pengurangan risiko pasien jatuh : Dalam lingkungan perawatan kesehatan Dalam Hal ini RS, sangat penting untuk melakukan penilaian komprehensif terhadap potensi bahaya yang terkait dengan jatuhnya pasien dan menerapkan intervensi yang tepat untuk mengurangi risiko bahaya pada kejadian tersebut. Proses evaluasi dapat mencakup penilaian terhadap beberapa faktor, seperti riwayat jatuh pasien, penggunaan obat-obatan, pemeriksaan pola konsumsi alkohol, analisis gaya berjalan dan keseimbangan, serta evaluasi alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien. Pasien menggunakan berbagai alat bantu seperti tongkat, alat bantu jalan, dan alat bantu keseimbangan untuk mendukung mobilitas dan keseimbangan mereka (H. Muhdar *et al.*, 2021).

D. Standar Keselamatan Pasien

Mengingat perhatian terhadap keselamatan pasien di fasilitas kesehatan di Indonesia, maka sangat penting untuk menetapkan protokol keselamatan pasien yang terstandarisasi sebagai kerangka kerja panduan bagi fasilitas kesehatan di negara ini agar dapat menjalankan operasinya secara efektif. Fasilitas kesehatan diharuskan untuk mengadopsi Standar Keselamatan Pasien, yang dinilai dengan menggunakan Instrumen Akreditasi (H. Muhdar *et al.*, 2021). Standar Keselamatan pasien terdiri atas

1. Hak Pasien : Pasien, sebagai penerima manfaat dari layanan kesehatan, memiliki berbagai hak dalam bidang pelayanan kesehatan. Baik di RS, pusat kesehatan, klinik, atau fasilitas kesehatan lainnya. Pasien dan keluarganya memiliki hak untuk mengakses informasi yang berkaitan dengan protokol praktik medis, hasil layanan, dan potensi terjadinya insiden medis serta bahaya yang terkait. Ketentuan yang berkaitan dengan pemenuhan hak pasien dan keluarga sering kali diatur oleh kebijakan yang ditetapkan di dalam masing-masing institusi perawatan kesehatan. Biasanya, inisiatif edukasi yang berkaitan dengan hak-hak pasien dan keluarga mereka juga diterapkan. Salah satu metode penyebaran

informasi tentang hak-hak pasien adalah melalui penggunaan pamflet RS, brosur, spanduk, dan papan laminasi yang diposisikan secara strategis di area informasi. Papan laminasi diposisikan secara strategis di area informasi dan dipasang di berbagai dinding di seluruh area RS (Rachmawati and Harigustian, 2019).

2. Mendidik pasien dan keluarga : Sangat penting bagi RS untuk memberikan edukasi yang komprehensif kepada pasien dan keluarganya mengenai kewajiban dan tanggung jawab yang terkait dengan perawatan pasien. Peningkatan keselamatan pasien dalam pemberian layanan kesehatan dapat dicapai melalui keterlibatan aktif pasien sebagai partisipan kolaboratif dalam proses layanan. Oleh karena itu, sangat penting bagi RS untuk membangun sistem dan mekanisme yang komprehensif yang bertujuan untuk memberikan edukasi kepada pasien dan keluarganya mengenai peran dan tanggung jawab mereka dalam konteks perawatan pasien. Penyediaan perawatan bagi individu yang mencari perawatan medis. Dengan pendidikan Pasien dan keluarga diharapkan dapat menyediakan informasi yang akurat, tidak ambigu, komprehensif, dan jujur. Selain itu, pasien dan keluarga diharuskan memiliki pengetahuan mengenai kewajiban dan tanggung jawab mereka, serta mencari klarifikasi melalui pertanyaan ketika dihadapkan pada hal-hal yang tidak dimengerti. Selain itu, mereka diharapkan untuk memahami dan mengetahui hasil potensial dari layanan yang diberikan, mematuhi instruksi, dan menunjukkan rasa hormat terhadap peraturan yang ditetapkan oleh perusahaan layanan kesehatan. Selain itu, pasien dan keluarganya didorong untuk menunjukkan rasa hormat, toleransi, dan memenuhi komitmen keuangan yang telah disepakati. (Kementerian Kesehatan RI, 2015)
3. RS diharuskan menyediakan layanan tanpa gangguan. Sangat penting bagi RS untuk membangun mekanisme koordinasi yang efektif antara unit kerja dan unit layanan mereka. Untuk memastikan pemeliharaan kesinambungan

layanan, para profesional pelayanan kesehatan harus memiliki serangkaian persyaratan berikut ini Terdapat koordinasi pelayanan yang komprehensif. Penyediaan layanan diatur dengan cara yang disesuaikan untuk memenuhi kebutuhan spesifik pasien dan juga mempertimbangkan sumber daya yang tersedia. Koordinasi pelayanan mencakup beberapa komponen yang bertujuan untuk meningkatkan komunikasi untuk memfasilitasi dukungan keluarga, pelayanan keperawatan, layanan sosial, konsultasi dan rujukan, layanan kesehatan primer, dan intervensi selanjutnya. Komunikasi dan transfer informasi terjadi di antara para profesional kesehatan (Rachmawati and Harigustian, 2019)

4. Penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien : RS perlu melakukan modifikasi proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif Kejadian Tidak Diharapkan, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien Modifikasi bertujuan untuk meningkatkan kinerja dan memastikan keselamatan pasien (Kementerian Kesehatan RI, 2015).
5. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien : Kepemimpinan memiliki peran penting dalam meningkatkan keselamatan pasien di dalam institusi pelayanan kesehatan. Implementasi program keselamatan pasien di RS atau institusi penyedia layanan kesehatan difasilitasi oleh keterlibatan manajemen, direktur, dan pembuat kebijakan. Untuk memfasilitasi peningkatan keselamatan pasien, akan lebih memungkinkan untuk mengimplementasikan program yang mempromosikan tujuan ini di dalam lembaga penyedia layanan kesehatan. Fasilitasi inisiatif peningkatan keselamatan pasien akan lebih mudah dicapai dengan implementasi program yang mendukung (Rachmawati and Harigustian, 2019)

6. Mendidik Staf Tentang Keselamatan Pasien : Sehubungan dengan pendidikan staf, RS diharuskan untuk memenuhi kriteria tertentu yang selaras dengan inisiatif keselamatan pasien. RS wajib menyediakan standar khusus dalam bentuk inisiatif pendidikan, pelatihan, dan orientasi untuk personil yang baru direkrut, terkait dengan keselamatan pasien, sesuai dengan tanggung jawab yang ditugaskan kepada mereka. Salah satu atribut penting yang harus dimiliki oleh RS adalah penggabungan mata pelajaran keselamatan pasien ke dalam semua kegiatan pelatihan dalam jabatan. Selain itu, RS juga harus menetapkan dan menyebarluaskan protokol komprehensif terkait dokumentasi dan pelaporan insiden. Kriteria terakhir mengharuskan setiap RS untuk menyelenggarakan sesi pelatihan yang berfokus pada kerja sama, dengan tujuan mendorong pendekatan interdisipliner dan kolaboratif dalam penyediaan perawatan pasien (Rachmawati and Harigustian, 2019)
7. Komunikasi Merupakan Kunci Bagi Staf untuk Mencapai Keselamatan Pasien : Pentingnya komunikasi dalam program ini setara dengan standar penting lainnya. Realisasi peningkatan kualitas perawatan kesehatan dan memastikan keselamatan pasien bergantung pada komunikasi yang efektif. Hal ini telah diakui. Komunikasi yang efektif dapat dianggap sebagai faktor fundamental bagi anggota staf dan tenaga medis dalam mencapai keselamatan pasien. Tidak adanya komunikasi yang efektif di lingkungan RS dapat mengakibatkan berbagai kesalahan atau kelalaian yang dilakukan oleh staf. Produksi pasokan medis mungkin atau mungkin tidak dilakukan oleh personel RS. Kesalahan-kesalahan ini berpotensi mengurangi kualitas layanan kesehatan secara signifikan dan berpotensi mengakibatkan kesalahan medis. Prevalensi kesalahan medis. Berdasarkan alasan ini, sangat penting untuk menetapkan seperangkat standar yang harus dipatuhi oleh RS untuk mencapai efektivitas komunikasi yang optimal (Rachmawati and Harigustian, 2019).

E. Pentingnya Manajemen *Patient Safety*

Setelah petugas kesehatan memperoleh pengetahuan tentang keselamatan pasien, diharapkan mereka akan memiliki pemahaman yang komprehensif tentang pentingnya manajemen keselamatan pasien. Menerapkan langkah-langkah regulasi yang berfokus pada memastikan keselamatan pasien adalah tindakan yang paling bijaksana bagi semua pemangku kepentingan yang terlibat. Pernyataan ini berlaku untuk semua pihak yang terlibat dalam proses perawatan kesehatan, termasuk pasien, dokter, perawat, RS, dan petugas kesehatan lainnya. Proses perawatan kesehatan mengacu pada serangkaian langkah yang terlibat dalam memberikan perawatan dan layanan medis kepada individu. Penerapan manajemen keselamatan pasien merupakan hal yang sangat penting dan harus dilakukan oleh semua pemangku kepentingan dalam sektor perawatan kesehatan, mulai dari praktisi perorangan hingga seluruh organisasi. Transisi dari konteks individu ke konteks organisasi merupakan pergeseran yang signifikan. Ketika manajemen keselamatan pasien diterapkan secara efektif, pasien dapat berharap untuk menerima layanan dengan kualitas terbaik, yang dioptimalkan untuk memenuhi kebutuhan mereka. Penyedia layanan kesehatan telah mengambil langkah-langkah proaktif untuk mengurangi potensi bahaya yang terkait dengan terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan (KTD). Dalam konteks fasilitas pelayanan kesehatan, sangat penting bagi para profesional kesehatan untuk memiliki pemahaman yang komprehensif tentang keuntungan utama yang terkait dengan penerapan manajemen keselamatan pasien. Topik yang dibahas berkaitan dengan manajemen keselamatan pasien. Tujuan utama dari manajemen keselamatan pasien dan prosedur terkait, seperti pelaporan kejadian tidak diharapkan, bukanlah untuk menyalahkan atau menumbuhkan budaya menyalahkan. Faktor budaya menjadi penyebabnya. Namun demikian, RS dan elemen-elemen penyusunnya memandang bahwa semua praktik keselamatan pasien secara eksklusif difokuskan untuk

mencapai budaya keselamatan. Konsep budaya keselamatan mengacu pada nilai-nilai, keyakinan, sikap, dan perilaku bersama dalam suatu organisasi yang memprioritaskan dan mempromosikan keselamatan sebagai Manajemen keselamatan pasien adalah pendekatan komprehensif yang bertujuan untuk menjaga kesejahteraan pekerja medis dan mengurangi terjadinya bahaya medis yang mungkin menimpa pasien. Potensi komplikasi dapat terjadi pada pasien. Hal ini tidak berarti bahwa dokter, perawat, dan tenaga kesehatan profesional lainnya telah secara konsisten memprioritaskan keselamatan pasien selama ini. Terdapat kurangnya kepatuhan terhadap protokol keselamatan pasien yang komprehensif oleh banyak tenaga kesehatan (Rachmawati and Harigustian, 2019).

F. Tujuan dan Pelaksanaan Manajemen Risiko

Manajemen risiko merupakan rangkaian proses yang bertujuan untuk mengidentifikasi, menilai, dan memitigasi potensi bahaya bagi pasien dan meminimalkan potensi kerugian bagi semua pemangku kepentingan dalam sistem perawatan kesehatan. Untuk semua pemangku kepentingan yang terlibat dalam proses perawatan kesehatan. Pada intinya, tujuan manajemen risiko adalah untuk mengurangi, menghilangkan, atau meminimalkan potensi kerugian, sehingga memastikan penyediaan layanan yang berkualitas tinggi dan aman bagi pasien. Tujuan utama para profesional perawatan kesehatan adalah untuk mempertahankan kehidupan pasien dan memberikan perawatan dengan kualitas terbaik yang tersedia. Memaksimalkan penyediaan layanan semaksimal mungkin. Tujuan utama manajemen risiko tidak hanya berkisar pada meminimalkan kerugian. Topik diskusi berkaitan dengan manajemen risiko. Penerapan manajemen risiko merupakan praktik penting yang harus dilakukan untuk memastikan keselamatan pasien. Sangat penting untuk memprioritaskan keselamatan pasien. Tenaga kesehatan, termasuk dokter, perawat, dan tenaga medis lainnya, sebagian besar berfokus pada penerapan manajemen risiko klinis(MRK) untuk

memastikan keselamatan pasien di RS. Tenaga kesehatan secara efektif akan mengurangi kerugian bagi semua pihak yang terlibat (Rachmawati and Harigustian, 2019).

G. Manajemen *Patient Safety*

Manajemen keselamatan pasien mengacu pada penerapan kebijakan dan protokol oleh penyedia layanan kesehatan dengan tujuan utama untuk memastikan keselamatan pasien. Keselamatan pasien dibentuk oleh upaya penyedia layanan kesehatan. Setiap penyedia layanan kesehatan harus menetapkan manajemen keselamatan pasien. Tidak adanya implementasi keselamatan pasien dapat mengakibatkan kurangnya prioritas untuk keselamatan pasien. Terkadang, tenaga medis dapat terjebak dalam rutinitas harian mereka, yang mungkin menutupi kesadaran mereka akan pentingnya keselamatan nyawa manusia. Persepsi tentang kehidupan, keselamatan, dan kesehatan sebagai hal yang biasa dan tidak memiliki arti penting sudah jelas terlihat. Oleh karena itu, sangat penting bagi petugas medis untuk memprioritaskan keselamatan pasien dan upaya meningkatkan pelayanan kesehatan ke standar tertinggi yang memungkinkan (Rachmawati and Harigustian, 2019).

Manajemen keselamatan pasien adalah pendekatan yang layak untuk memitigasi dan mengurangi potensi bahaya yang disebabkan oleh kesalahan medis terhadap pasien. Potensi pasien mengalami cedera medis. Berkurangnya kasus cedera secara tidak langsung dapat meningkatkan kredibilitas dan kepercayaan RS di kalangan masyarakat. Keuntungan lainnya adalah dalam penerapan tindakan antisipatif, yang secara efektif dapat mengurangi kemungkinan timbulnya klaim finansial di RS. Sebagai akibatnya, akan ada pengurangan sumber daya yang dikeluarkan untuk mengatasi klaim atau umpan balik negatif dari pasien. Selain itu, pengembangan dan pelaksanaan inisiatif keselamatan pasien juga berupaya untuk meningkatkan kualitas perawatan secara keseluruhan. Hal ini menyiratkan bahwa penerapan manajemen keselamatan pasien diperlukan

untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di seluruh institusi penyedia layanan kesehatan. Penerapan manajemen keselamatan pasien diperlukan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan secara keseluruhan (Rachmawati and Harigustian, 2019)

DAFTAR PUSTAKA

- Muhdar *et al.* (2021) *Manajemen Patient Safety*. 1st edn. Edited by Grace Tedy Tulak. Klaten: Tahta Media Group.
- Irviranty, A. *et al.* (2015) *Panduan kurikulum keselamatan pasien edisi multi-profesional*, Lembaga Kesehatan Budi Kemuliaan. JAKARTA: Lembaga Kesehatan Budi Kemuliaan.
- Kementerian Kesehatan RI (2015) 'Pedoman Nasional Keselamatan Pasien RS (Patient Safety)', Kementerian Kesehatan RI,
- Menteri Kesehatan RI (2011) *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Tentang Keselamatan Dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit*.
- Rachmawati, N. and Harigustian, Y. (2019) *Manajemen Patient Safety Konsep Dan Aplikasi Patient Safety Dalam Kesehatan*. 1st edn, Pt. Pustaka Baru. 1st edn. Yogyakarta: PT Pustaka Baru.

BAB 13

HAK DAN KEWAJIBAN (TENAGA KESEHATAN, PASIEN, DAN RUMAH SAKIT)

Sri Tungga Dewi, S.K.M., M.M.R.

A. Pendahuluan

Hak dan kewajiban merupakan dua konsep yang saling terkait dan penting dalam setiap hubungan atau komunitas. Hak adalah hak asasi yang dimiliki setiap individu untuk memperoleh perlindungan, keadilan, dan kebebasan dalam kehidupan mereka. Sementara itu, kewajiban adalah tanggung jawab yang harus diemban oleh setiap individu untuk menjalankan tugas dan mematuhi aturan yang berlaku. Dalam konteks masyarakat, hak dan kewajiban berlaku untuk semua warganya. Setiap individu memiliki hak untuk hidup, kebebasan berpendapat, pendidikan, dan akses terhadap pelayanan kesehatan yang layak. Namun, bersamaan dengan hak-hak tersebut, individu juga memiliki kewajiban untuk menghormati hak-hak orang lain, mematuhi hukum, dan berperan aktif dalam membangun masyarakat yang adil dan harmonis. Hak dan kewajiban juga berlaku dalam lingkungan keluarga, di mana anak memiliki hak untuk mendapatkan kasih sayang, pendidikan, dan perlindungan, sementara orang tua memiliki kewajiban untuk memberikan perhatian, pendidikan, dan perlindungan kepada anak-anak mereka.

Dalam lingkup pekerjaan, karyawan memiliki hak untuk mendapatkan upah yang adil, kondisi kerja yang aman, dan perlakuan yang setara, sementara mereka juga memiliki kewajiban untuk menjalankan tugas dengan baik, menghormati aturan perusahaan, dan berkontribusi dalam mencapai tujuan

organisasi Kesadaran akan hak dan kewajiban yang dimiliki oleh setiap individu adalah penting dalam membangun masyarakat yang adil dan harmonis. Dengan memahami dan menghormati hak orang lain, serta menjalankan kewajiban kita dengan baik, kita dapat menciptakan lingkungan yang saling mendukung dan menghargai satu sama lain.

Hak dan kewajiban tenaga kesehatan adalah aspek penting dalam menjalankan profesi medis yang bertujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas kepada masyarakat. Hak dan kewajiban tenaga kesehatan saling terkait dan harus dijalankan secara seimbang. Dengan menjalankan kewajiban mereka dengan baik, tenaga kesehatan dapat melindungi hak-hak pasien dan memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Di sisi lain, dengan menghormati hak-hak tenaga kesehatan, masyarakat dapat mendukung mereka dalam melaksanakan tugas medis dengan baik.

Hak dan kewajiban pasien adalah hal penting dalam hubungan antara pasien dengan tenaga kesehatan. Hak dan kewajiban pasien saling melengkapi dan harus dijalankan secara seimbang. Dengan menghormati hak-hak mereka, pasien dapat memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas dan mendapatkan perlindungan yang layak. Di sisi lain, dengan menjalankan kewajiban mereka, pasien dapat membantu proses perawatan dan menciptakan hubungan yang saling menguntungkan dengan tenaga kesehatan.

Hak dan kewajiban rumah sakit merupakan aspek penting dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan aman kepada pasien. Hak dan kewajiban rumah sakit saling terkait dan harus dijalankan dengan baik untuk memberikan pelayanan kesehatan yang optimal. Dengan menghormati hak-hak pasien dan menjalankan kewajiban mereka, rumah sakit dapat menciptakan lingkungan yang aman, nyaman, dan bermartabat bagi pasien.

B. Hak dan Kewajiban Tenaga Kesehatan

Hak tenaga kesehatan dalam pasal 57 UU 36 Tahun 2014 tentang tenaga kesehatan

1. Memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan Standar Profesi, Standar Pelayanan Profesi, dan Standar Prosedur Operasional;
2. Memperoleh informasi yang lengkap dan benar dari Penerima Pelayanan Kesehatan atau keluarganya;
3. Menerima imbalan jasa;
4. Memperoleh perlindungan atas keselamatan dan kesehatan kerja, perlakuan yang sesuai dengan harkat dan martabat manusia, moral, kesusilaan, serta nilai-nilai agama;
5. Mendapatkan kesempatan untuk mengembangkan profesinya;
6. Menolak keinginan Penerima Pelayanan Kesehatan atau pihak lain yang bertentangan dengan Standar Profesi, kode etik, standar pelayanan, Standar Prosedur Operasional, atau ketentuan Peraturan Perundang-undangan; dan
7. Memperoleh hak lain sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan. (Kaushik *et al.*, 2009a)

Kewajiban tenaga kesehatan pada pasal 58 no 36 pada tahun 2014 tentang tenaga kesehatan Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik wajib:

1. Memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan Standar Profesi, Standar Pelayanan Profesi, Standar Prosedur Operasional, dan etika profesi serta kebutuhan kesehatan Penerima Pelayanan Kesehatan;
2. Memperoleh persetujuan dari Penerima Pelayanan Kesehatan atau keluarganya atas tindakan yang akan diberikan;
3. Menjaga kerahasiaan kesehatan Penerima Pelayanan Kesehatan;
4. Membuat dan menyimpan catatan dan/atau dokumen tentang pemeriksaan, asuhan, dan tindakan yang dilakukan; dan

5. Merujuk Penerima Pelayanan Kesehatan ke Tenaga Kesehatan lain yang mempunyai Kompetensi dan kewenangan yang sesuai.
6. Kewajiban sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b dan huruf d hanya berlaku bagi Tenaga Kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perseorangan.(Kaushik *et al.*, 2009a)

Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran merupakan undang-undang yang mengatur praktik kedokteran di Indonesia. Undang-undang ini mencakup berbagai aspek terkait etika, izin praktik, dan perlindungan pasien. Berikut adalah beberapa poin penting dalam undang-undang ini:

1. Izin Praktik: Undang-Undang ini mengatur tentang persyaratan dan prosedur untuk mendapatkan izin praktik bagi tenaga medis, termasuk dokter. Izin praktik ini diperlukan agar tenaga medis dapat secara legal menjalankan praktik kedokteran.
2. Etika Kedokteran: Undang-Undang ini menegaskan pentingnya etika dalam praktik kedokteran. Tenaga medis diwajibkan untuk menjunjung tinggi etika kedokteran, termasuk menjaga kerahasiaan informasi pasien, menghormati keputusan pasien, dan memberikan pelayanan yang berkualitas.
3. Perlindungan Pasien: Undang-Undang ini memberikan perlindungan kepada pasien dalam praktik kedokteran. Pasien memiliki hak untuk mendapatkan informasi yang jelas dan lengkap tentang kondisi kesehatan, diagnosis, dan opsi perawatan yang tersedia. Pasien juga memiliki hak untuk memberikan persetujuan atau penolakan terhadap tindakan medis yang akan dilakukan.
4. Sanksi Disiplin: Undang-Undang ini menetapkan sanksi disiplin bagi tenaga medis yang melanggar ketentuan dalam praktik kedokteran. Sanksi ini dapat berupa teguran, pembatasan praktik, atau pencabutan izin praktik.(Presiden Republik Indonesia, 2004)

Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran merupakan landasan hukum yang penting dalam memastikan praktik kedokteran yang aman dan bermutu di Indonesia. Tenaga medis diharapkan untuk mematuhi ketentuan dalam undang-undang ini demi memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik kepada Masyarakat.

Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran merupakan landasan hukum yang penting dalam memastikan praktik kedokteran yang aman dan bermutu di Indonesia. Tenaga medis diharapkan untuk mematuhi ketentuan dalam undang-undang ini demi memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik kepada Masyarakat.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691/Menkes/Per/IX/2011 tentang standar pelayanan kefarmasian di apotek. merupakan peraturan yang mengatur standar pelayanan kefarmasian di apotek di Indonesia. Peraturan ini bertujuan untuk memastikan pelayanan kefarmasian yang aman, bermutu, dan terjangkau bagi masyarakat. Berikut adalah beberapa poin penting dalam peraturan ini:

1. Standar Fasilitas: Peraturan ini mengatur tentang persyaratan fasilitas fisik dan sarana yang harus dimiliki oleh apotek, termasuk ruang pelayanan, penyimpanan obat, dan perlengkapan kefarmasian.
2. Standar Personalia: Peraturan ini menetapkan persyaratan kompetensi dan kualifikasi yang harus dimiliki oleh tenaga kefarmasian yang bekerja di apotek, termasuk apoteker dan asisten apoteker.
3. Standar Pelayanan: Peraturan ini mengatur tentang standar pelayanan kefarmasian yang harus dipenuhi oleh apotek, termasuk pelayanan resep, pelayanan obat bebas, dan pelayanan konseling obat.
4. Standar Pengadaan dan Penyimpanan Obat: Peraturan ini mengatur tentang prosedur pengadaan, penyimpanan, dan pengendalian obat di apotek, termasuk persyaratan tentang keaslian, keamanan, dan kesesuaian obat yang disediakan.

5. Standar Dokumentasi: Peraturan ini mengatur tentang keharusan apotek untuk menyimpan dan mencatat dokumentasi yang terkait dengan pelayanan kefarmasian, termasuk resep, obat yang diberikan, dan konseling obat yang dilakukan.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691/Menkes/Per/IX/2011 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Apotek merupakan pedoman penting dalam menjaga kualitas dan keamanan pelayanan kefarmasian di apotek. Dengan mematuhi peraturan ini, apotek diharapkan dapat memberikan pelayanan kefarmasian yang profesional, aman, dan bermutu kepada masyarakat.

Kode etik kedokteran di Indonesia merupakan panduan yang mengatur perilaku dan tindakan dokter dalam praktik kedokteran. Kode etik ini bertujuan untuk menjaga integritas, profesionalisme, dan kepercayaan masyarakat terhadap profesi kedokteran. Berikut adalah beberapa poin penting dalam Kode Etik Kedokteran di Indonesia:

1. Hubungan dengan Pasien: Dokter diharapkan untuk menjalin hubungan yang profesional, empatik, dan menghormati hak-hak pasien. Mereka harus menjaga kerahasiaan informasi pasien, menghormati keputusan pasien, dan memberikan pelayanan yang berkeadilan.
2. Kompetensi dan Kualitas Pelayanan: Dokter diharapkan untuk terus meningkatkan kompetensi profesional mereka dan memberikan pelayanan yang berkualitas. Mereka harus menjaga keahlian dan pengetahuan mereka melalui pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan.
3. Etika Penelitian dan Publikasi: Dokter diharapkan untuk melakukan penelitian dengan integritas dan menghormati hak-hak subjek penelitian. Mereka juga harus mempublikasikan hasil penelitian secara jujur dan akurat.
4. Etika Konsultasi dan Kolaborasi: Dokter diharapkan untuk berkolaborasi dengan dokter lain dan tenaga medis lainnya untuk meningkatkan pelayanan kesehatan. Mereka harus menghormati pendapat dan kontribusi dari rekan seprofesi.

5. Etika Bisnis dan Keuangan: Dokter diharapkan untuk menjaga integritas dalam hubungan bisnis dan keuangan yang terkait dengan praktik kedokteran. Mereka harus menjaga kemandirian profesional dan menghindari konflik kepentingan.
6. Kode Etik Kedokteran di Indonesia menjadi panduan penting bagi dokter dalam menjalankan praktik kedokteran yang etis dan bertanggung jawab. Dengan mematuhi kode etik ini, dokter diharapkan dapat memberikan pelayanan kesehatan yang terpercaya dan bermutu kepada masyarakat.

C. Hak dan Kewajiban Pasien

Undang-undang nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan mengatur hak dan kewajiban pasien di Indonesia (Kaushik *et al.*, 2009a)

1. Hak atas Informasi: Pasien berhak mendapatkan informasi yang jelas dan lengkap mengenai kondisi kesehatan mereka, diagnosis, tindakan medis yang akan dilakukan, efek sampingnya, serta alternatif pengobatan yang mungkin ada. Pasien juga berhak mendapatkan informasi mengenai biaya yang akan dikeluarkan.
2. Hak untuk Memberikan Persetujuan: Pasien berhak memberikan persetujuan atau menolak tindakan medis yang akan dilakukan terhadap diri mereka. Persetujuan ini harus didasarkan pada pemahaman yang jelas mengenai informasi yang diberikan oleh tenaga medis.
3. Hak Privasi dan Kerahasiaan: Pasien berhak atas privasi dan kerahasiaan informasi pribadi serta hasil pemeriksaan kesehatan mereka. Informasi medis pasien tidak boleh diungkapkan tanpa persetujuan tertulis dari pasien, kecuali dalam kondisi yang diatur oleh undang-undang.
4. Hak untuk Mendapatkan Pelayanan yang Aman dan Bermutu: Pasien berhak mendapatkan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan memadai. Tenaga medis wajib memberikan pelayanan yang sesuai dengan standar profesi

dan menghindari tindakan yang dapat membahayakan pasien.

5. Hak untuk Mengajukan Pengaduan: Pasien berhak mengajukan pengaduan jika merasa hak-hak mereka dilanggar atau tidak puas dengan pelayanan medis yang diberikan. Mekanisme pengaduan dan penyelesaian sengketa harus disediakan oleh rumah sakit atau fasilitas kesehatan. (Kaushik *et al.*, 2009a)

Hak-hak pasien ini bertujuan untuk melindungi kepentingan dan kesejahteraan pasien dalam pelayanan kesehatan. Dengan mengetahui dan memahami hak-hak ini, pasien dapat berpartisipasi aktif dalam pengambilan keputusan terkait perawatan kesehatan mereka.

Beberapa kewajiban pasien yang diatur dalam undang-undang ini antara lain:

1. Kewajiban Memberikan Informasi yang Akurat: Pasien memiliki kewajiban untuk memberikan informasi yang akurat dan lengkap kepada tenaga kesehatan mengenai riwayat kesehatan, gejala yang dialami, serta penggunaan obat-obatan atau terapi lain yang tengah atau pernah digunakan.
2. Kewajiban Melaksanakan Instruksi Medis: Pasien diharapkan untuk mematuhi dan melaksanakan instruksi medis yang diberikan oleh tenaga kesehatan. Ini termasuk mengikuti rencana pengobatan, minum obat sesuai dosis dan jadwal yang ditentukan, dan menjalani pemeriksaan atau tindakan medis yang direkomendasikan.
3. Kewajiban Membayar Biaya Pelayanan Kesehatan: Pasien memiliki kewajiban untuk membayar biaya pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit atau fasilitas kesehatan. Biaya ini akan ditetapkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan kesepakatan yang telah disepakati sebelumnya.
4. Kewajiban Menghormati Tenaga Kesehatan: Pasien diharapkan untuk menghormati tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kepada mereka. Ini meliputi

menghormati privasi dan waktu tenaga kesehatan, serta tidak melakukan tindakan yang dapat mengganggu atau mengancam keselamatan mereka.

5. Kewajiban Melaporkan Ketidakpuasan atau Keluhan: Jika pasien merasa tidak puas dengan pelayanan atau ada keluhan terhadap tenaga kesehatan, mereka memiliki kewajiban untuk melaporkan hal tersebut kepada pihak yang berwenang di rumah sakit atau fasilitas kesehatan. Hal ini dapat membantu perbaikan pelayanan dan penyelesaian masalah yang mungkin timbul.

Melaksanakan kewajiban-kewajiban ini akan membantu membangun hubungan yang baik antara pasien dan tenaga kesehatan serta memastikan pelayanan kesehatan yang optimal.

D. Hak dan Kewajiban Rumah Sakit

Rumah sakit adalah fasilitas kesehatan yang menyediakan pelayanan medis, keperawatan, rehabilitasi, dan pelayanan kesehatan lainnya kepada masyarakat. Rumah sakit bertujuan untuk memberikan perawatan dan pengobatan kepada pasien yang membutuhkan, baik untuk mengobati penyakit, melakukan operasi, merawat pasien dengan kondisi serius, dan memberikan pelayanan medis lainnya. Rumah sakit biasanya dilengkapi dengan fasilitas dan peralatan medis yang canggih, seperti ruang operasi, unit perawatan intensif, laboratorium, radiologi, dan apotek. (World Health Organization, World Bank Group *et al.*, 2014) Selain itu, rumah sakit juga memiliki tim medis yang terdiri dari dokter, perawat, ahli terapi, dan tenaga medis lainnya yang bekerja sama untuk memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik kepada pasien. Rumah sakit memiliki peran penting dalam sistem kesehatan, karena mereka mampu memberikan perawatan dan pengobatan yang lebih kompleks dan spesifik dibandingkan dengan fasilitas kesehatan lainnya. Mereka juga berperan dalam pendidikan, penelitian, dan pengembangan ilmu kedokteran. Rumah sakit dengan segala pelayanan serta fasilitasnya mempunyai hak dan kewajiban

yang diatur dalam undang-undang nomor 44 tahun 2009 sebagai berikut : (Kaushik *et al.*, 2009b)

1. Hak Rumah Sakit

- a. Hak untuk memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau kepada pasien.
- b. Hak untuk menolak pasien yang tidak memenuhi syarat untuk mendapatkan pelayanan medis yang ditawarkan oleh rumah sakit.
- c. Hak untuk menjaga kerahasiaan informasi pasien dan melindungi privasi pasien.
- d. Hak untuk membuat peraturan rumah sakit yang sesuai dengan perundang-undangan yang berlaku.
- e. Hak untuk memperoleh dukungan dan kerjasama dari pemerintah, baik dalam bentuk sarana dan prasarana, maupun dalam pengembangan sumber daya manusia.

2. Kewajiban Rumah Sakit

- a. Kewajiban untuk menyediakan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- b. Kewajiban untuk menjaga keselamatan dan keamanan pasien, termasuk dalam hal penggunaan alat medis dan obat-obatan.
- c. Kewajiban untuk memberikan informasi yang jelas dan akurat kepada pasien mengenai kondisi kesehatan, diagnosis, tindakan medis yang akan dilakukan, serta alternatif pengobatan yang mungkin ada.
- d. Kewajiban untuk melaksanakan prosedur penanganan pengaduan pasien dengan cepat dan adil.
- e. Kewajiban untuk mencantumkan harga pelayanan kesehatan yang ditawarkan dan memberikan informasi yang jelas mengenai biaya yang harus ditanggung oleh pasien.

Hak dan kewajiban rumah sakit ini bertujuan untuk melindungi kepentingan pasien, menjaga kualitas pelayanan kesehatan, dan memastikan keselamatan serta keamanan pasien dalam proses perawatan. (Lembaran *et al.*, 2022)

DAFTAR PUSTAKA

- Kaushik *et al.*, 2009 (2009a) 'undang-undang nomor 36 tahun 2009', 2(1), pp. 1-8.
- Kaushik *et al.*, 2009 (2009b) 'Undang-undang republik Indonesia nomor 44 tahun 2009', 2(1), pp. 1-8.
- Kementerian Kesehatan RI (2018) 'Pelayanan dan Penerbitan Sertifikat Vaksin Internasional', *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2018*, 151(2), pp. 10-17.
- Lembaran, T. *et al.* (2022) 'peraturan menteri kesehatan republik Indonesia nomor 32 tahun 2019', (848), pp. 1-11.
- Nuraeni, R. *et al.* (2017) 'peraturan menteri kesehatan republik Indonesia nomor 39 tahun 2017', *Diponegoro Journal of Accounting*, 2(1),
- Peraturan menteri kesehatan republik Indonesia nomor 28 tahun 2014' (2014) *Implementation Science*, 39(1), pp. 1-15.
- Presiden Republik Indonesia (2004) 'UU No. 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran', *Aturan praktik kedokteran*, pp. 157-180.
- World Health Organization, World Bank Group, O. *et al.* (2014) 'permenkes nomor 75 tahun 2014', *World Health Organization, World Bank Group, OECD*, (July), pp. 1-100.

BAB 14

HUKUM ASURANSI KESEHATAN (SJSN)

* Dr. Nani Yuniar, M.Kes.*

A. Pendahuluan

Deklarasi PBB tahun 1948 menyatakan bahwa health is a fundamental human right. Setiap manusia berhak untuk hidup sehat, oleh karenanya kesehatan masyarakat wajib mendapat perlindungan Negara. Atas dasar pernyataan ini, pemerintah bertekad segera mengeluarkan SJSN atau JKN. Dari rancangan SJSN JKN berada di dalam payung SJSN. Sampai pertengahan tahun 2003 penduduk Indonesia yang sudah memiliki asuransi kesehatan meningkat sampai 20,2%. Walaupun terjadi peningkatan masih ada sebagian besar penduduk Indonesia sebanyak 79,8% terutama dari sektor informal belum memiliki jaminan kesehatan. Mereka inilah yang akan menjadi sasaran utama sistem JKN. System ini bersifat wajib, berkelompok, mencakup seluruh penduduk (Universal coverage) sebagai bagian dari SJSN.

Jika sistem ini berkembang di Indonesia maka program ASKES dan Jamsostek akan diintegrasikan ke dalam JKN. Pemerintah dapat menjadi penanggung premi penduduk miskin karena kelompok penduduk ini menjadi tanggungjawab pemerintah (komitmen global pemerintah). Meskipun SJKN dikembangkan, namun segmen pasar untuk asuransi komersial masih tetap terbuka untuk menjadi lahan persaingan terutama kelompok orang asing dan kelompok masyarakat tertentu yang tinggal di suatu wilayah (Mundijaya G. 2004)

B. Pengertian SJSN

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) merupakan amanat UU No. 40 tahun 2004 yang merupakan sistem penyelenggaraan program negara dan pemerintah untuk memberikan perlindungan sosial, agar setiap penduduk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak menuju Indonesia sehat, rakyat sejahtera dan negara kuat. Adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggara jaminan sosial (UUD NRI, 2002).

Menurut ILO (International Labour Organization) yang merupakan salah satu dari Badan PBB, pengertian jaminan sosial (*Social Security*) secara luas, yaitu pada prinsipnya adalah sistem perlindungan yang diberikan oleh masyarakat untuk warganya, melalui berbagai usaha dalam menghadapi resiko-resiko ekonomi atau sosial yang dapat mengakibatkan terhentinya atau sangat berkurangnya penghasilan (Husni, 2003:53).

SJSN adalah program Negara yang bertujuan untuk memberi perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Melalui program ini, setiap penduduk diharapkan dapat memenuhi kebutuhan hidup dasar yang layak apabila terjadi hal-hal yang dapat mengakibatkan hilangnya atau berkurangnya pendapatan, karena menderita sakit, mengalami kecelakaan, kehilangan pekerjaan, memasuki usia lanjut, atau pension (UU No. 17, 2007). Pengertian SJSN sebagaimana ditentukan dalam UU SJSN tersebut bermakna bahwa jaminan sosial adalah instrumen negara yang dilaksanakan untuk mengalihkan risiko individu secara nasional dengan dikelola sesuai asas dan prinsip-prinsip dalam UU SJSN (Putri AE, 2014).

Sulastomo (2002) maupun Thabrany (2002) dalam Djuhaeni (2007) berpendapat bahwa asuransi kesehatan sosial sangat dibutuhkan di Indonesia mengingat kesehatan adalah hak sedangkan situasi saat ini tidak semua masyarakat dapat akses terhadap pelayanan kesehatan yang penyebabnya antara lain ketiadaan biaya.

Selama beberapa dekade terakhir, Indonesia telah menjalankan beberapa program jaminan sosial, seperti Tabungan dan Asuransi Pegawai Negeri (Taspen) untuk Pegawai Negeri Sipil (PNS); Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (ASABRI) untuk Prajurit TNI, Anggota Polri, dan PNS di Kementerian Pertahanan/TNI/Polri beserta keluarganya; Asuransi Kesehatan (Askes) bagi PNS/Penerima Pensiun/Perintis Kemerdekaan/Veteran dan anggota keluarganya; dan Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek) untuk tenaga kerja swasta. Namun program jaminan sosial tersebut baru mencakup sebagian kecil masyarakat. Sebagian besar rakyat belum memperoleh perlindungan yang memadai. Disamping itu, pelaksanaan berbagai program jaminan sosial tersebut belum mampu memberikan perlindungan yang adil dan memadai kepada para peserta sesuai dengan manfaat program yang menjadi hak peserta (DJSN, 2021).

C. Landasan Yuridis SJSN

Landasan Yuridis Penyelenggaraan SJSN Adalah UUD Negara Republik Indonesia pasal 28h ayat (3) dan pasal 34 Ayat (2). Pasal 28h ayat (3) diatur dalam perubahan kedua UUD NRI 1945 dan pasal 34 ayat (2) diatur dalam perubahan keempat UUD NRI 1945. Amanat konstitusi tersebut kemudian dilaksanakan dengan UU No. 40 tahun 2004 tentang sistem jaminan sosial nasional (UU SJSN). pasca putusan mahkamah konstitusi atas perkara no. 007/PUU-III/2005, pemerintah bersama DPR mengundang sebuah peraturan pelaksanaan UU SJSN setingkat undang-undang, yaitu UU No. 24 tahun 2011 tentang badan penyelenggara jaminan sosial nasional (UU BPJS). Peraturan pelaksanaan UU SJSN dan UU BPJS terbentang mulai peraturan pemerintah hingga peraturan lembaga. Penyelesaian seluruh dasar hukum bagi implementasi SJSN yang mencakup UUD NRI, UU SJSN dan peraturan pelaksanaannya membutuhkan waktu lima belas Tahun (2000-2014). Jadi Pemikiran mendasar yang melandasi penyusunan SJSN bagi

penyelenggaraan jaminan sosial untuk seluruh warga negara adalah:

1. UUD Negara Republik Indonesia perubahan kedua (2000) dan perubahan keempat (2002):

Pasal 28 Ayat (3) : “setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermanfaat.” Pasal 28h ayat (3) meletakkan jaminan sosial sebagai hak asasi manusia.

Pasal 34 ayat (2) : “Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan.” pasal 34 ayat (2) meletakkan jaminan sosial sebagai salah satu elemen penyelenggaraan perekonomian nasional dan kesejahteraan sosial.

2. UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN).

UU SJSN diundangkan pada tanggal 19 Oktober 2004, sebagai pelaksanaan amanat konstitusi tentang hak konstitusional setiap orang atas jaminan sosial yang menyeluruh bagi seluruh warga negara Indonesia.

UU SJSN adalah dasar hukum untuk menyinkronkan penyelenggaraan berbagai bentuk jaminan sosial yang telah dilaksanakan oleh beberapa badan penyelenggara agar dapat menjangkau kepesertaan yang lebih luas serta memberikan manfaat yang lebih besar bagi setiap peserta.

3. UU NO. 24 tahun 2011 tentang badan penyelenggara jaminan sosial (UU BPJS)

UU BPJS adalah dasar hukum bagi pembentukan badan penyelenggara jaminan sosial, yaitu bpjs kesehatan dan BPJS ketenagakerjaan. BPJS kesehatan menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia. BPJS ketenagakerjaan menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan kematian, jaminan hari tua, dan jaminan pensiun bagi seluruh tenaga kerja di Indonesia.

UU BPJS mengatur fungsi, tugas, wewenang dan tata kelola badan penyelenggara jaminan sosial.

UU BPJS mengatur tata cara pembubaran empat persero penyelenggara program jaminan sosial (PT Askes, PT Jamsostek, PT Asabri, PT Taspen) berikut tata cara pengalihan aset, liabilitas, hak, kewajiban, dan pegawai keempat persero kepada BPJS.

D. Prinsip SJSN

UU RI NO 40 tentang SJSN pada pasal 4 menetapkan sembilan prinsip SJSN, yaitu:

1. Kegotong-royongan; Kebersamaan antar peserta dalam menanggung beban biaya jaminan sosial, yang diwujudkan dengan kewajiban setiap peserta membayar iuran sesuai dengan tingkat gaji, upah, atau penghasilan.
2. Nirlaba; Mempermudah akses informasi yang lengkap, benar, dan jelas bagi setiap peserta.
3. Keterbukaan; Pengelolaan dana secara cermat, teliti, aman, dan tertib.
4. Kehati-hatian; Mempermudah akses informasi yang lengkap, benar, dan jelas bagi setiap peserta.
5. Akuntabilitas; Pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan secara akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.
6. Portabilitas; memberikan jaminan secara berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah negara republik Indonesia.
7. Kepesertaan bersifat wajib; mengharuskan seluruh penduduk untuk menjadi peserta jaminan sosial yang dilaksanakan secara bertahap.
8. Dana amanat; iuran dan hasil pengembangannya merupakan dana titipan dari peserta untuk digunakan sebesar-besarnya bagi kepentingan peserta jaminan sosial.
9. Hasil pengelolaan dana jaminan sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta. hasil pengembangan aset

jaminan sosial dimanfaatkan untuk kepentingan peserta jaminan sosial.

E. Program SJSN

Dalam uu no. 40 tahun 2004 diatur tentang penyelenggaraan sistem jaminan sosial nasional, yang terdiri atas program:

1. Jaminan Kesehatan

Merupakan adalah program jaminan sosial yang diselenggarakan secara nasional dengan tujuan untuk menjamin agar peserta dan anggota keluarganya memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

2. Jaminan kecelakaan kerja

Adalah program jaminan sosial yang diselenggarakan secara nasional dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pelayanan kesehatan dan santunan uang tunai apabila ia mengalami kecelakaan kerja atau menderita penyakit akibat kerja.

3. Jaminan hari tua

Adalah program jaminan sosial yang diselenggarakan secara nasional dengan tujuan untuk menjamin agar peserta menerima uang tunai apabila memasuki masa pensiun, mengalami cacat total tetap, atau meninggal dunia.

4. Jaminan pensiun

Adalah program jaminan sosial yang diselenggarakan secara nasional dengan tujuan untuk mempertahankan derajat kehidupan yang layak pada saat peserta mengalami kehilangan atau berkurang penghasilannya karena memasuki usia pensiun atau mengalami cacat tetap total.

5. Jaminan Kematian

Adalah program jaminan sosial yang diselenggarakan secara nasional dengan tujuan untuk memberikan santunan kematian yang dibayarkan kepada ahli waris peserta yang meninggal dunia.

Dalam pelaksanaan program jaminan sosial sesuai amanat UU No. 40 tahun 2004 Pasal 5, maka dibentuk UU No. 24 tahun 2011 tentang badan penyelenggara jaminan sosial (BPJS). berdasar UU No. 24 tahun 2011 Pasal 6 Ayat 1 dan 2 BPJS terdiri atas;

1. BPJS kesehatan sebagai penyelenggara program jaminan kesehatan dan
2. BPJS ketenagakerjaan sebagai pelaksana program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun dan jaminan kematian

F. Organisasi SJSN

Untuk penyelenggaraan SJSN dibentuk dua organ SJSN, yaitu dewan jaminan sosial nasional (DJSN) dan badan penyelenggara jaminan sosial (BPJS).

1. Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN)

Adalah dewan yang dibentuk dengan uu sjsn untuk perumusan kebijakan umum dan sinkronisasi penyelenggaraan SJSN. DJSN bertanggung jawab kepada Presiden. Keanggotaan DJSN sebanyak 15 (lima belas) orang terdiri dari empat unsur, yaitu:

- a. Pemerintah (5 orang),
- b. Organisasi pemberi kerja (2 orang),
- c. Organisasi pekerja (2 orang), dan
- d. Tokoh/ahli yang memahami bidang jaminan sosial (6 orang).

Dalam melaksanakan tugasnya, DJSN dibantu oleh sekretariat dewan yang dipimpin oleh seorang sekretaris yang diangkat dan diberhentikan oleh ketua DJSN. Dalam rangka melaksanakan fungsinya sebagai perumusan kebijakan umum dan sinkronisasi penyelenggaraan SJSN, DJSN memiliki 6 tugas yaitu:

- a. Melakukan kajian dan penelitian yang berkaitan dengan penyelenggaraan jaminan sosial (UU No. 40 tahun 2004).
- b. Mengusulkan kebijakan investasi dana jaminan sosial nasional (UU No. 40 tahun 2004).

- c. Mengusulkan anggaran jaminan sosial bagi penerima bantuan iuran dan tersedianya anggaran operasional kepada pemerintah (UU No. 40 tahun 2004).
- d. Memberikan konsultasi kepada bpjs tentang bentuk dan isi laporan pertanggungjawaban pengelolaan program (UU No. 24 tahun 2011 pasal 37 ayat (3))
- e. Menerima tembusan laporan pengelolaan tahunan dan laporan keuangan tahunan yang telah diaudit oleh akuntan publik untuk penyampaian pertanggungjawaban tahunan BPJS kepada presiden (UU No. 24 tahun 2011 pasal 37 ayat (1))
- f. Mengajukan kepada presiden usulan anggota pengganti antar waktu dewan pengawas dan/atau anggota direksi BPJS (UU No. 24 tahun 2011 pasal 37 ayat (3))

Untuk menjamin terselenggaranya program jaminan sosial dan kesehatan keuangan BPJS, djsn berwenang melakukan pengawasan, monitoring dan evaluasi penyelenggaraan program jaminan sosial(UU no. 40 tahun 2004 pasal 7 ayat (4) dan UU no. 24 tahun 2011 pasal 39 ayat (3a))

2. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

BPJS adalah badan hukum yang dibentuk dengan UU BPJS untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. UU No. 24 Tahun 2011 membentuk dua BPJS, yaitu:

- a. BPJS kesehatan, berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan.
- b. BPJS ketenagakerjaan, berfungsi menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan kematian, jaminan hari tua, dan jaminan pensiun.

BPJS bertanggung jawab kepada Presiden. Organ BPJS terdiri dari dewan pengawas dan direksi. Anggotadireksi BPJS diangkat dan diberhentikan oleh Presiden. Presiden menetapkan direktur utama. BPJS diawasi oleh pengawas internal dan pengawas eksternal. Pengawasaninternal dilaksanakan oleh organ BPJS, yaitu dewan pengawas dan

sebuah unit kerja di bawah direksi yang bernama satuan pengawas internal.

Pengawasan eksternal dilaksanakan oleh badan-badan di luar BPJS, yaitu DJSN, otoritas jasa keuangan (OJK) dan badan pemeriksa keuangan (BPK).

Dalam rangka melaksanakan fungsi sebagai penyelenggara program jaminan kesehatan sosial bagi seluruh penduduk Indonesia, BPJS kesehatan memiliki 7 tugas yaitu:

- a. Menerima pendaftaran peserta JKN;
- b. Memungut dan mengumpulkan iuran jkn dari peserta, pemberi kerja, dan pemerintah;
- c. Menerima bantuan iuran dari pemerintah;
- d. Mengelola dana jaminan sosial untuk kepentingan peserta;
- e. Mengumpulkan dan mengelola data peserta JKN;
- f. Membayarkan manfaat, dan/membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial;
- g. Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

Pada UU no. 24 tahun 2011 pasal 11 menyatakan bahwa Untuk melaksanakan tugas-tugas tersebut, BPJS kesehatan berwenang untuk:

- a. Menagih pembayaran iuran;
- b. menempatkan dana jaminan sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai;
- c. melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan peserta dan pemberi kerja dalam memenuhi kewajibannya;
- d. membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh pemerintah;

- e. membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan;
- f. mengenakan sanksi administratif kepada peserta atau pemberi kerja yang tidak memenuhi kewajibannya;
- g. melaporkan pemberi kerja kepada instansi yang berwenang menangani ketidakpatuhannya dalam membayar iuran atau dalam memenuhi kewajiban lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- h. melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program jaminan sosial.

Dalam melaksanakan kewenangannya, BPJS berhak untuk (UU no. 24 Tahun 2011 pasal 12):

- a. Memperoleh dana operasional untuk penyelenggaraan program yang bersumber dari dana jaminan sosial dan/atau sumber lainnya;
- b. memperoleh hasil monitoring dan evaluasi penyelenggaraan program jaminan sosial dan djsn setiap 6 (enam) bulan.

Terdapat sebelas kewajiban BPJS dalam melaksanakan tugasnya yang tertuang dalam UU No. 24 Tahun 2011 pasal 13, yaitu:

- a. Memberikan nomor identitas tunggal kepada peserta;
- b. mengembangkan aset dana jaminan sosial dan aset BPJS untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta;
- c. memberikan informasi melalui media massa cetak dan elektronik mengenai kinerja, kondisi keuangan, serta kekayaan dan hasil pengembangannya;
- d. memberikan manfaat kepada seluruh peserta sesuai dengan UU SJSN;
- e. memberikan informasi kepada pesertamengenai hak dan kewajiban untuk mengikuti ketentuan yang berlaku;
- f. memberikan informasi kepada peserta mengenai prosedur untuk mendapatkan hak dan memenuhi kewajibannya;

- g. memberikan informasi kepada peserta mengenai saldo jaminan hari tua dan pengembangannya 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun;
- h. memberikan informasi kepada peserta mengenai hak pensiun 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun;
- i. membentuk cadangan teknis sesuai dengan standar praktik aktuaria yang lazim dan berlaku umum;
- j. melakukan pembukuan sesuai dengan standar akuntansi yang berlaku dalam penyelenggaraan jaminan sosial;
- k. melaporkan pelaksanaan setiap program, termasuk kondisi keuangan, secara berkala 6 (enam) bulan sekali kepada presiden dengan tembusan kepada DJSN.

Berikut ini ilustrasi yang menggambarkan Organ SJSN

ORGAN SJSN	
DJSN	BPJS
▪ Dibentuk dengan UU SJSN ▪ Berfungsi untuk merumuskan kebijakan umum dan sinkronisasi penyelenggaraan SJSN ▪ Bertanggung jawab Kepada Presiden ▪ Organ DJSN terdiri dari 15 orang anggota dan dibantu oleh sekretariat dewan yang dipimpin seorang sekretaris	▪ Dibentuk dengan UU SJSN dan UU BPJS ▪ Berfungsi untuk menyelenggarakan program jaminan sosial nasional. ▪ Bertanggungjawab kepada presiden ▪ Organ BPJS terdiri atas dewan pengawas dan direksi ▪ BPJS kesehatan menyelenggarakan program jaminan kesehatan nasional ▪ BPJS Ketenagakerjaan menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, program jaminan hari

ORGAN SJSN	
DJSN	BPJS
	tua, program jaminan pensiun, dan program jaminan kematian

G. Cara Kerja SJSN

Sistem jaminan sosial nasional berfungsi sebagai instrumen negara untuk menanggulangi risiko berkurangnya atau hilangnya pendapatan warga negara akibat sakit, kecelakaan kerja, cacat tetap total, atau pensiun. SJSN melindungi pendapatan dan aset keluarga sehingga keluarga dapat terus memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak (Stiftung FE, 2014).

1. Dana Jaminan Sosial Berperan Sentral

Dana jaminan sosial diletakkan di lingkaran terdalam untuk menunjukkan bahwa ia berperan sentral dalam seluruh tata kelola penyelenggaraan program-program jaminan sosial. Jumlah dana yang terkumpul secara berkelanjutan dalam jangka waktu panjang menentukan seberapa besar dan seberapa lama manfaat akan diperoleh peserta program jaminan sosial.

Dana jaminan sosial dibangun dari iuran peserta dan anggaran pemerintah. Peserta bergotong-royong membayar iuran jaminan sosial. Peserta yang berpenghasilan lebih tinggi membayar iuran lebih besar dari pada peserta yang berpenghasilan lebih rendah. besaran iuran ditentukan sesuai dengan tingkat pendapatan. Peserta membayar iuran program jaminan kecelakaan kerja, iuran program jaminan kematian, program jaminan hari tua, dan program jaminan pensiun ketika masih berusia kerja atau belum pensiun atau tidak mengalami cacat tetap total. Sementara itu, peserta membayar iuran program jaminan kesehatan seumur hidup.

2. Iuran adalah Tulang Punggung

Iuran yang dibayarkan oleh peserta adalah tulang punggung pendanaan sjsn. iuran peserta menjadi bagian terbesar dari dana jaminan sosial yang dikelola oleh bpjs. dana jaminan sosial sebesar-besarnya dipergunakan untuk membiayai manfaat jaminan sosial, dan hanya sebagian kecil digunakan untuk membiayai administrasi penyelenggaraan jaminan sosial. biaya administrasi paling tinggi 10% dari pendapatan iuran BPJS kesehatan (PP No. 87 Pasal 13 ayat (1).

Peserta membayar iuran program jaminan kesehatan kepada BPJS kesehatan. Iuran program jaminan kecelakaan kerja, jaminan kematian, jaminan hari tua, dan jaminan pensiun dibayarkan kepada BPJS ketenagakerjaan. Tiga manfaat yang diperoleh peserta program jaminan sosial nasional, yaitu uang tunai, pelayanan rehabilitasi, dan pelayanan kesehatan

3. Perlindungan Pendapatan dan Aset Keluarga oleh Lima Program Jaminan Sosial

Program jaminan kesehatan mengambil alih beban dan tanggung jawab keluarga terhadap biaya pelayanan kesehatan yang dikeluarkan untuk mengobati penyakit yang dialami oleh peserta atau keluarganya. biaya pelayanan kesehatan, terutama perawatan di rumah sakit atau pengobatan jangka panjang seringkali melampaui jumlah pendapatan rutin, sehingga tagihan rumah sakit harus dibiayai dari penjualan aset atau pengeluaran tabungan. program jaminan kesehatan mengatasi risiko ini.

Program jaminan kecelakaan kerja menggantikan kehilangan pendapatan selama pekerja tidak mampu bekerja pasca kecelakaan kerja. jika pekerja tidak mampu bekerja selamanya karena cacat tetap total, atau jika pekerja meninggal dunia, program jaminan kecelakaan kerja memberi pengganti pendapatan yang hilang berupa uang pensiun/uang santunan. Program jaminan kecelakaan kerja membiayai pelayanan kesehatan untuk pengobatan dan pemulihan pasca kecelakaan kerja. Program jaminan

kematian mendanai santunan yang diperuntukkan untuk membiayai penguburan dan memberikan santunan kepada ahli waris. Program jaminan hari tua memberikan sejumlah dana yang dapat digunakan untuk membiayai kebutuhan di masa awal pensiun.

Pekerja wajib mendaftar dan membayar iuran berkala kepada BPJS. Pekerja yang menerima upah dan bekerja pada pemberi kerja/majikan didaftarkan oleh majikannya atau perusahaannya. Pekerja dan majikan menanggung bersama iuran jaminan sosial. pekerja yang tidak menerima upah atau pekerja mandiri mendaftarkan sendiri ke BPJS dan menanggung seluruh iuran.

4. Membangun Tata Kelola yang Baik

Tata kelola yang baik akan mengantarkan penyelenggaraan program jaminan sosial yang berfungsi, kuat, dan berkesinambungan dalam jangka panjang. Pemanfaatan dana pemerintah dan sebagian kecil dana jaminan sosial untuk penyelenggaraan program jaminan sosial. kedua dana ini digunakan untuk membiayai tiga aspek penyelenggaraan program jaminan sosial.

Terdapat tiga fungsi utama yang terlibat langsung dalam penyelenggaraan SJSN. (1) Penyelenggara adalah BPJS kesehatan dan bpjs ketenagakerjaan. (2) Pengawas eksternal adalah djsn bersama otoritas jasa keuangan (ojk), dan badan pemeriksa keuangan (BPK). (3) Pembentuk peraturan dan kebijakan adalah lembaga pemerintah dan pemerintah daerah.

Prinsip Utama Adalah Gotong-Royong Wajib

Pekerja wajib mendaftar dan membayar iuran berkala kepada BPJS. pekerja yang menerima upah dan bekerja pada pemberi kerja/majikan didaftarkan oleh majikannya atau perusahaannya. Pekerja dan majikan menanggung bersama iuran jaminan sosial. pekerja yang tidak menerima upah atau pekerja mandiri mendaftarkan sendiri ke BPJS dan menanggung seluruh iuran.

Tiga Pilar Penyangga

Penyelenggaraan sjsn dengan prinsip gotong-royong wajib bertumpu pada tiga pilar utama, yaitu peraturan perundang-undangan, sistem manajemen dan informasi, serta pembudayaan jaminan sosial.

1. Pilar pertama adalah legislasi dan regulasi. gotong-royong wajib dalam penyelenggaraan program jaminan sosial membutuhkan dasar hukum yang kuat. landasan hukum tertinggi penyelenggaraan sjsn diatur dalam UUD NRI 1945 dan peraturan perundangan jaminan sosial, yaitu UU SJSN dan UU BPJS beserta peraturan pelaksanaannya.
2. Pilar kedua adalah sistem manajemen informasi. penyelenggara jaminan sosial dengan prinsip gotong-royong wajib memerlukan sistem manajemen dan informasi yang baik.
3. Pilar ketiga adalah budaya asuransi sosial. gotong-royong wajib dalam penyelenggaraan perlindungan pendapatan dan aset keluarga dengan mekanisme asuransi sosial adalah budaya baru bagi bangsa Indonesia.

DAFTAR PUSTAKA

- UUD Negara Republik Indonesia Perubahan Kedua (2000) dan Perubahan Keempat (2002)
- UU No. 17 Tahun 2007 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005-2025
- UU No. 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
- UU No. 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Nasional
- Peraturan Pemerintah No. 101 Tahun 2012 Tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan
- Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan Purwoko,
- Bambang, (2006), "Teori, Program dan Badan Penyelenggara Sistem Jaminan Sosial", Buku Ajar untuk dipergunakan di lingkungan Program Studi Magister Kesehatan FKMUI dan MPKP FEUI
- Lalu, Husni (2003), Pengantar Hukum Ketenagakerjaan Indonesia. Jakarta: PT rajagrafindo persada;
- Mundijaya, Gde A. (2004) Manajemen Kesehatan. Jakarta: Penerbit Buku kedokteran, EGC
- Sulastomo, (2002), Health insuranceIndonesia. Jakarta: Raja Grafindo Persada
- Thabrani Hasbullah, (2002), Himpunan peraturan Perundang-undangan dibidang Usaha Perasuransian. Dirjen Lembaga Keuangan, Departemen Keuangan RI. Jakarta 1993 dalam Modul Asuransi Kesehatan di Indonesia

TENTANG PENULIS



Dr. Hetty Ismainar, S.K.M., M.P.H. Lahir di Pekanbaru, 17 Oktober 1979. Dosen di Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hang Tuah Pekanbaru. Menyelesaikan S3 Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Diponegoro (2020), S2 Magister Manajemen RS (MMR) di Universitas Gadjah Mada (2011) dan S1 Administrasi RS di STIKes Hang Tuah Pekanbaru (2007). Saat ini (2022- sekarang) sedang mengambil program S1 Ilmu Hukum di Universitas Hang Tuah Pekanbaru.



Dian Agnesa Sembiring, S.K.M., M.A.R.S. lahir di Medan, pada 16 Januari 1994. Ia tercatat sebagai lulusan S1 - Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Sumatera Utara dan S2 - Kajian Administrasi Rumah Sakit, Universitas Indonesia. Wanita yang kerap disapa Agnes ini adalah anak dari pasangan Alm. Petrus Sembiring (ayah) dan Theresia Br. Ginting (ibu). Dian Agnesa adalah seorang yang memiliki pengalaman kerja sebagai praktisi selama 6 tahun sebagai sekretaris direktur dan *quality & risk* di Siloam Hospitals Group. Oleh sebab itu anak pertama dari dua bersaudara ini memiliki minat keilmuan di bidang administrasi rumah sakit dan kesehatan masyarakat.



dr. Taufik Hidayat, M.Sc, Sp.FM., M.Sc. Tercatat sebagai lulusan dokter pada Fakultas Kedokteran Universitas Andalas tahun 2008, MS-PPDS Ilmu Kedokteran Forensik dan Medikolegal Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada tahun 2017 dan Magister Bioetika Sekolah

Pascasarjana Universitas Gadjah Mada tahun 2020. Saat ini bekerja sebagai dosen di Fakultas Kedokteran Universitas Andalas dan berpraktik sebagai dokter spesialis Forensik dan Medikolegal di RSUP dr. M. Djamil serta RS Universitas Andalas Padang.



Miftahul Jannah, S.H., M.H. Lahir di Maros pada tanggal 13 September 1997. Telah menyelesaikan pendidikan di Program Studi S1 Ilmu Hukum Universitas Hasanuddin pada tahun 2019, menyelesaikan pendidikan Program Studi Magister Ilmu Hukum Universitas Hasanuddin pada tahun 2021 dan sekarang sedang menempuh pendidikan Program Doktor Ilmu Hukum di kampus yang sama. Telah memulai karier sebagai konsultan hukum/advokat sejak 2019 dan menjadi Dosen sejak tahun 2022. Mengajar Mata kuliah antara lain: Hukum Pidana, Hukum Acara Pidana, Pengantar Hukum Indonesia dan Pendidikan Anti Korupsi.



Mika Sugarni, S.Tr.Keb., M.Keb. Penulis merupakan dosen pada Program Studi Diploma Tiga di Universitas Karya Persada Muna Sejak 2021. Penulis lahir di Lipu, 31 Maret 1996 Kabupaten Buton Utara, Provinsi Sulawesi Tenggara, menyelesaikan pendidikan D4 Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Kendari tahun 2018 dan melanjutkan pendidikan magister di Universitas Hasanuddin Makassar tahun 2021. Penulis aktif sebagai pengajar, peneliti, melakukan pengabdian masyarakat, menerbitkan beberapa buku referensi dan hasil karya telah dipublikasikan secara luas di lingkup nasional. Saat ini menjabat sebagai Ketua Program Studi D-III Kebidanan.



Kemal Idris B, S.H., M.H. lahir pada tanggal 13 Desember 1980. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Teknologi Laboratorium Medis Politeknik Bina Husada Kendari. Penulis Menyelesaikan pendidikan S1 Jurusan Ilmu Hukum di Universitas Halu Oleo dan S2 pada Program Studi Ilmu Hukum di Universitas Airlangga. Penulis mengampu mata kuliah Pendidikan pancasila dan pendidikan kewarganegaraan. Penulis telah menyelesaikan buku berjudul Hukum Perdata.



Devy Octaviana, S.ST., M.H., lahir di Kudus pada 27 Oktober 1990, merupakan alumni D3 Jurusan Kesehatan Gigi Poltekkes Kemenkes Semarang, D4 Jurusan Keperawatan Gigi Poltekkes Kemenkes Semarang dan S2 Ilmu Hukum Konsentrasi Hukum Kesehatan Universitas Islam Bandung. Sejak tahun 2016 bekerja sebagai Pranata Laboratorium Medis di Jurusan Kesehatan Gigi Poltekkes Kemenkes Bandung. Mulai tahun 2021 status menjadi dosen di Jurusan Kesehatan Gigi Poltekkes Kemenkes Bandung. Penulis aktif mengajar pada mata kuliah Etika Profesi dan Hukum Kesehatan pada Prodi Diploma Tiga dan Sarjana Terapan Jurusan Kesehatan Gigi Poltekkes Kemenkes Bandung.



Lisa Ernita, S.SiT., M.Keb lahir di Sumatera Barat, pada 20 Oktober 1987. Ia tercatat sebagai lulusan S2 Ilmu Kebidanan Universitas Andalas. Wanita yang kerap disapa Lisa ini adalah anak Anak Ke-3 dari 3 bersaudara. Ia adalah seorang dosen di kampus Universitas Muhammadiyah Sumatera Barat di Kota Bukittinggi.



Lilis Handayani lahir di Maros, pada 30 Agustus 1991. Ia tercatat sebagai lulusan Universitas Hasanuddin Makassar. Wanita yang kerap disapa Lilis ini adalah anak dari pasangan H. Arifuddin (ayah) dan Hj. Nurfitriah (ibu). Lilis Handayani telah berkarir sebagai dosen kurang lebih selama 3 tahun di Stikes Bakti Nusantara

Gorontalo pada program studi D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan.



Sitti Nurlyanti Sanwar lahir di Raha, 23 September 1992. Tercatat sebagai lulusan Politeknik Bau-Bau (D3), STIKes Mega Rezki Makassar (DIV), Universitas Katolik Soejipranata Semarang (S2). Wanita yang kerap disapa Lian ini adalah anak dari pasangan Sanwar Kai (Ayah), Waode Muntia Tagu, S.Hut (Ibu) dan Dra. Sitti

Nuhuria Tagu (Mama). Saat ini penulis adalah Dosen tetap ada program studi DIII Kebidanan Universitas Karya Persada Muna.



drg. Sekar Ayu Runggandini, S.K.G., MARS, lahir di Jakarta, pada 24 Mei 1989. Ia tercatat sebagai lulusan FKG Trisakti dan Magister Administrasi RS URINDO Jakarta. Wanita yang akrab disapa Sekar ini merupakan praktisi kesehatan sebagai dokter gigi, juga aktif dalam peningkatan mutu RS sebagai surveyor akreditasi RS, dan berprofesi sebagai dosen di Universitas Singaperbangsa Karawang.



Sri Tungga Dewi akrab di panggil Dewi lahir di kendari tahun 1993, lulusan program studi Magister Manajemen Administrasi Rumah sakit Di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, yang sekarang bekerja sebagai Seorang dosen muda di universitas Halu Oleo di Sulawesi Tenggara, terlahir dari keluarga ibu & ayah seorang guru menjadikan salah satu tantangan untuk saya dapat mengembangkan ilmu di bidang akademik dimana menjadi dosen adalah impian banyak orang, dan saya sangat beruntung diberikan kesempatan untuk belajar dan menambah wawasan serta pengetahuan di lingkungan universitas.

Email : dewi.kendari01@gmail.com



Dr. Nani Yuniar, M.Kes lahir di Kambu, pada 9 Mei 1973. Menyelesaikan pendidikan Sarjana di Universitas Halu Oleo Tahun 1998 pada Ilmu Administrasi, Magister kesehatan di Universitas Airlangga Tahun 2022 pada Ilmu Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, serta pendidikan Doktor di Universitas Airlangga Tahun 2011 pada Ilmu Kedokteran.

Bekerja sebagai pengajar di Fakultas Kesehatan Masyarakat (FKM) Universitas Halu Oleo sejak Tahun 2005 sampai sekarang. Pernah menjadi Ketua Program Studi Kelas Reguler, Sekretaris Program Studi Kelas Extension, Wakil Dekan Bidang Akademik, Wakil dekan Bidang Kemahasiswaan dan Alumni, Ketua Komisi Etik LPPM UHO, dan saat ini sebagai Ketua Pusat Studi Kesehatan di LPPM UHO.

Selain aktif sebagai peneliti, Penulis juga tergabung dalam Ikatan Alumni Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI), Menjadi Reviewer Nasional dan Internal UHO, reviewer Litbang Sultra, serta menjadi Asesor