

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Alhamdulillah, puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT karena atas Ridha – Nya ditengah berbagai kesibukan yang luar biasa buku Etika dan Hukum Kesehatan ini bisa terselesaikan.

Petugas kesehatan dalam melayani masyarakat, juga akan terikat pada etika dan hukum kesehatan. Dalam pelayanan kesehatan masyarakat, perilaku petugas kesehatan harus tunduk pada etika profesi dan juga tunduk pada ketentuan hukum, peraturan, dan perundang – undangan yang berlaku. Apabila petugas kesehatan melanggar kode etik profesi akan memperoleh sanksi “etika” dari organisas profesinya dan mungkin juga apabila melanggar ketentuan peraturan atau perundang – undangan, juga akan memperoleh sanksi hukum. Oleh sebab itu, suatu kewajiban bagi semua petugas kesehatan dari profesi kesehatan dan calon petugas kesehatan dari profesi kesehataan apapun untuk memahami etika dan hukum kesehatan. Buku ini menguraikan etika dan hukum kesehatan berdasarkan pengalaman dalam memberikan kuliah wajib “Etika dan Hukum Kesehatan” di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Islam Negeri Sumatera Utara.

Adapun penyusunan buku ini tidaklah terlepas dari bantuan berbagai pihak, dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada kedua orang tua, suami, keluarga dan teman – teman yang telah memberikan motivasi serta doa sehingga penyusun dapat menyelesaikan buku ini.

Penulis menyadari, masih banyak kekurangan dalam penyusunan buku ajar ini, sehingga saran dan masukan pembaca kami harapkan demi perbaikan buku ajar ini, sehingga saran dan masukan pembaca kami harapkan demi perbaikan buku ajar dimasa mendatang. Semoga buku ini bermanfaat.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Medan, Januari 2017

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR

DAFTAR ISI

BAB 1 ETIKA DAN HATI NURANI

- A. ETIKA DAN ETIKET
- B. ETIKA DAN HATI NURANI
- C. PERKEMBANGAN ETIKA
- D. NILAI ETIKA
- E. PENDEKATAN ETIKA
- F. ETIKA, AGAMA DAN HUKUM
- G. MANUSIA SEUTUHNYA

BAB 2 ASPEK HUKUM TENAGA KESEHATAN

- A. PENDAHULUAN
- B. JENIS TENAGA KESEHATAN
- C. PERSYARATAN TENAGA KESEHATAN
- D. PERENCANAAN DAN PENGADAAN TENAGA KESEHATAN
- E. STANDAR PROFESI DAN PERLINDUNGAN HUKUM
- F. TENAGA KESEHATAN DALAM UU NO.36 TAHUN 2014

BAB 3 INFORMED CONSENT

- A. PENGERTIAN
- B. ASPEK HUKUM INFORMED CONSENT

BAB 4 UJI KOMPETENSI TENAGA KESEHATAN

- A. PENGERTIAN UJI KOMPETENSI
- B. FUNGSI PELAKSANAAN UJI KOMPETENSI
- C. PERSIAPAN UJI KOMPETENSI KESEHATAN
- D. PELAKSANAAN UJI KOMPETENSI

BAB 5 PERJANJIAN TERAPEUTIK

- A. PENGERTIAN TERAPEUTIK
- B. JENIS – JENIS PERJANJIAN

- C. UNSUR – UNSUR PERJANJIAN
- D. ASAS – ASAS HUKUM PERJANJIAN
- E. SYARAT SAH PERJANJIAN
- F. TRANSAKSI TERAPEUTIK
- G. DASAR HUKUM TERJADINYA TRANSAKSI TERAPEUTIK
- H. UNSUR – UNSUR PERJANJIAN TERAPEUTIK
- I. SYARAT SAH TRANSAKSI TERAPEUTIK
- J. PARA PIHAK DALAM PERJANJIAN TERAPEUTIK
- K. BERAKHIRNYA TRANSAKSI TERAPEUTIK

BAB 6 ETIKA PENELITIAN KESEHATAN

- A. PENDAHULUAN
- B. ETIKA PENELITIAN KESEHATAN MASYARAKAT
- C. ETIKA PENELITIAN BIOMEDIS

BAB 7 PENEGAKAN HUKUM DIBIDANG PELAYANAN KESEHATAN

- A. LEMBAGA – LEMBAGA PROFESI
- B. LEMBAGA – LEMBAGA NON PROFESI
- C. PENJELASAN LEMBAGA – LEMBAGA PROFESI
- D. PENYELESAIAN LEMBAGA NON PROFESI

BAB 8 MALPRAKTIK TENAGA KESEHATAN

- A. DEFENISI MALPRAKTIK
- B. MALPRAKTIK ADMINISTRASI
- C. MALPRAKTIK PERDATA
- D. MALPRAKTIK PIDANA

BAB 9 KESALAHAN DAN KELALAIAN TENAGA KESEHATAN

- A. KESALAHAN (ERROR)
- B. KELALAIAN (NEGLIGENCE)

BAB 10 ASPEK HUKUM KESEHATAN LINGKUNGAN

- A. DEFENISI KESEHATAN LINGKUNGAN
- B. PENGARUH LINGKUNGAN TERHADAP KESEHATAN LINGKUNGAN

- C. RUANG LINGKUP
- D. PRINSIP PENGENDALIAN LINGKUNGAN
- E. PENGELOLAAN KUALITAS LINGKUNGAN
- F. MASALAH – MASALAH KESEHATAN LINGKUNGAN DI INDONESIA
- G. ASPEK HUKUM KESEHATAN LINGKUNGAN

BAB 11 ASPEK HUKUM KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA

- A. DEFENISI KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA
- B. TUJUAN K3
- C. FAKTOR – FAKTOR YANG MEMPENGARUHI K3
- D. KECELAKAAN KERJA
- E. PENYAKIT KERJA
- F. SISTEM MANAJEMEN KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA
- G. ASPEK HUKUM KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA

BAB 12 ASPEK HUKUM PENYAKIT MENULAR

- A. PENGERTIAN PENYAKIT MENULAR
- B. CARA PENULARAN PENYAKIT
- C. JENIS – JENIS PENYAKIT MENULAR
- D. WABAH DAN PENANGGULANGAN PENYAKIT MENULAR
- E. PENYAKIT MENULAR SEKSUAL

BAB 13 ASPEK HUKUM PENGOBATAN TRADISIONAL

- A. PENGERTIAN
- B. KLASIFIKASI DAN JENIS PENGOBATAN TRADISIONAL
- C. OBAT TRADISIONAL
- D. ASPEK HUKUM PENYELENGGARAAN PENGOBATAN TRADISIONAL

BAB 14 ASPEK HUKUM REPRODUKSI MANUSIA

- A. BAYI TABUNG
- B. REPRODUKSI KLONING
- C. ABORSI

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN
RIWAYAT PENULIS

BAB 1

ETIKA DAN HATI NURANI

A. ETIKA DAN ETIKET

Etika berasal dari bahasa Yunani “*ethos*” dalam bentuk tunggal, atau “*etha*” dalam bentuk jamak atau *plural*. Dalam kamus Bahasa Indonesia karangan Poerwadarminta, *ethos* diartikan adat, kebiasaan, akhlak, watak perasaan, sikap atau cara berpikir. Selanjutnya, etika sebagai kajian ilmu atau objek diartikan ilmu tentang apa yang dilakukan (pola perilaku) orang, atau ilmu tentang adat kebiasaan orang. Kata etika dalam bahasa Latin sama dengan *moral*, yang berasal dari akar kata “*mos*” (tunggal) atau “*mores*” (jamak), yang diartikan kebiasaan orang atau manusia dalam konteks sosialnya. Lebih lanjut Poerwadarminta (1953) menyimpulkan bahwa: etika adalah sama dengan akhlak, yaitu pemahaman tentang hak dan kewajiban orang. Etika sebagai kajian ilmu membahas tentang moralitas atau tentang manusia terkait dengan perilakunya terhadap manusia lain dan sesama manusia.

Perlu dijelaskan di sini, bahwa dalam kehidupan di masyarakat kita, sering terjadi kekeliruan penggunaan dua kata yang hampir sama tetapi mempunyai pengertian yang berbeda, yakni kata “etika” dan “etiket”. Etika atau moral adalah cara yang dilakukan atau tidak dilakukan secara umum dan yang berlaku pada kelompok masyarakat tertentu. Misalnya: mencuri atau mengambil milik orang lain, atau berdusta (mengatakan sesuatu yang tidak berdasarkan fakta, korupsi, dan sebagainya) adalah domain dari etika dan moral. Karena pada masyarakat di mana pun juga, mencuri, berdusta atau korupsi adalah tindakan etis atau tindakan yang tidak bermoral bagi orang yang melakukan (bersifat universal).

Sedangkan etiket, sesuatu cara atau ketentuan yang dilakukan atau tidak dilakukan oleh suatu anggota masyarakat tertentu, dimana cara atau ketentuan tersebut ditentukan oleh kelompok masyarakat tertentu tersebut. Etiket atau sopan santun hanya berlaku pada masyarakat tertentu yang menyepakati tindakan atau perilaku tersebut. Misalnya bersalaman dengan tangan kanan, bahasa verbal setuju dengan menganggukkan kepala, dan oleh kelompok masyarakat tertentu. Karena pada kelompok tertentu, salaman itu tidak harus dengan tangan kanan, mengangguk itu tidak harus berarti bahasa nonverbal dari setuju. Orang dari masyarakat Barat, Misalnya tidak ada ketentuan bahwa salaman harus dengan tangan kanan, orang – orang dari India, Sri Lanka dan Bangladesh misalnya bahasa nonverbal setuju bukan mengangguk, tetapi justru menggelengkan kepala.

Etiket berlaku dalam pergaulan dengan orang lain atau hanya berlaku kalau berhubungan dengan orang lain. Sedangkan kalau tidak berhubungan dengan orang lain,

etiket tidak berlaku; misalnya berteriak – teriak itu dikatakan tidak beretika kalau dihadapan orang lain. Tetapi kalau dikamar mandi mau berteriak setengah mati tidak dapat dikatakan melanggar etiket. Tetapi mencuri, meskipun tidak ada yang melihatnya tetap dikatakan tidak bermoral atau tidak beretika.

Di masyarakat yang pluralistik seperti masyarakat Indonesia, kita jumpai berbagai etnis, dimana masing – masing etnis ini membuat suatu aturan perilaku sendiri oleh para leluhur etnis yang bersangkutan. Aturan bertindak yang seolah – olah merupakan “etika” mereka, yang disebut “adat” atau sering juga disebut “adat kebiasaan”. Contoh misalnya “pesta adat perkawinan suku Batak” atau acara “siraman” pada calon pengantin pada adat Jawa. Acara – acara tersebut berlaku pada kelompok suku itu aja dan tidak berlaku [ada kelompok diluar suku tersebut. Adat seperti itu sebenarnya bukan etika, karena tidak bersifat universal, tetapi juga bukan termasuk etiket.

Dari uraian pendahuluan dapat disimpulkan bahwa moralitas atau etika hanya berlaku apabila terjadi interaksi antara manusia dengan manusia yang lain. Dengan kata lain etika adalah suatu kajian terhadap perilaku, kaitannya dengan moral.

B. ETIKA DAN HATI NURANI

Hati nurani adalah penghayatan atau kesadaran tentang baik atau buruk, benar atau tidak benar berhubungan dengan tingkaah laku konkret seseorang didalam masyarakat. Hati nurani ini memerintahkan atau melarang kita untuk bertindak atau tidak bertindak, atau menanjurkan atau melarang kita untuk melakukan sesuatu terhadap situasi yang dihadapinya. Dalam hal ini maka perlu dibedakan antara pengenalan dan kesadaran. Pengenalan adaalah bila kita melihat, mendengar atau merasa sesuatu yang kita hadapi. Pengenalan tidak hanya terbatas pada manusia saja, tetapi binatang pun bisa mengenal setelah mendengar atau melihat sesuatu.

Oleh sebab itu, hati nurani memang erat kaitannya dengan “kesadaran”, dan kesadaran ini merupakan ciri khas pada manusia, dan tidak ada pada makhluk hidup yang lain. Sehingga boleh dikatakan bahwa perilaku atau perbuatan manusia dimana pun berada atau hidup selalu dikendalikan oleh kesadarannya. Sedangkan pada binatang, “kesadaran” ini tidak ada sehingga seluruh apa yang dilakukan oleh binatang, tidak didasarkan pada kesadarannya, tetapi oleh pengenalan biologis semata. Seekor anjing mengenal majikannya, tapi ia tidak sadar bahwa ia itu anjing. Seekor kucing mengambil makanan majikannya dimeja makan, ia tidak sadar bahwa apa yang dimakan itu bukan haknya atau bagiannya. Dapat dipertegas lagi bahwa kesadaran hanya dimiliki manusia, binatang tidak mempunyai kesadaran. Dengan

kesadaran manusia dapat mengenal dirinya sendiri. Dengan kesadaran manusia mempunyai kesanggupan untuk mengenal dirinya sendiri.

Hati nurani adalah merupakan sifat dasar manusia, kesadaran mengenal diri sendiri, yang pada hakikatnya manusia cenderung meng – “iyakan” perbuatan – perbuatan yang baik, yang jujur yang adil dan sebaiknya. Tetapi sebaliknya manusia: “tidak mengiyakan” atau tidak setuju, tidak memihak terhadap hal – hal yang tidak baik, tidak jujur, tidak adil, dan seterusnya. Hal – hal seperti tersebut sebenarnya adalah sejalan dengan etika dan moral. Oleh sebab itu, apabila orang bertindak sesuai dengan hati nurani yang paling dalam, sudah barang tentu tindakan tersebut adalah sesuai dengan etika atau moral. Sebaliknya, apabila bertindak melawan hati nuraninya, dapat dipastikan bahwa tindakan tersebut tidak bermoral atau tidak etis.

Bertindak mengikuti hati nurani merupakan suatu hak dasar bagi setiap manusia. Tidak ada orang lain yang berwenang untuk campur tangan dalam putusan hati nurani seseorang. Seyogianya, tidak boleh terjadi seseorang itu dipaksa untuk bertindak yang bertentangan dengan hati nuraninya. Misalnya, disuruh membunuh orang lain, itu berarti orang tersebut dipaksa untuk bertindak melawan hati nuraninya sendiri. Apabila dalam realitas di masyarakat, seseorang dipaksa bertindak untuk mengingkari hati nuraninya, misalnya berbohong, mengambil hak milik orang lain atau membunuh, dan sebagainya adalah karena tekanan atau motif – motif yang lain. Tindakan – tindakan tersebut, di samping bertentangan dengan moral atau etika.

Dari uraian tersebut diatas, dapat disimpulkan bahwa hati nurani mempunyai kedudukan yang kuat dalam kehidupan moral manusia atau dalam etika. Bahkan dapat dikatakan, dipandang dari sudut subjek, hati nurani adalah ukuran norma terakhir untuk perbuatan – perbuatan kita, sebagai manusia. Namun demikian dalam realitas kadang – kadang terjadi peristiwa yang tidak bermoral atau tidak etis, tetapi di “*claim*” oleh orang yang bersangkutan adalah sebagai perbuatan yang didasari oleh hati nuraninya. Misalnya perbuatan para teroris, di “*claim*” sebagai perbuatan yang didasarkan pada hati nurani untuk melawan ketidakadilan. Tetapi ketidakadilan yang mana, sulit dijelaskan dengan akal sehat.

Dalam kehidupan sehari – hari manusia selalu dihadapkan pada dua pilihan, yakni dilakukan atau tidak dilakukan. Tentang apa yang boleh dilakukan dan apa yang tidak boleh dilakukan itu ditentukan oleh sesuatu yang ada dilubuk hati yang paling dalam dari seseorang manusia. Telah disebutkan sebagai “hati nurani”. Sehingga dapat lebih ditekankan lagi disini bahwa hati nurani adalah penghayatan batin tentang baik atau buruk, terhadap tingkah laku

konkret seseorang sebagai makhluk manusia. Batin tersebut seolah – olah memberi perintah atau larangan terhadap apa yang harus dilakukan atau tidak dilakukan oleh seseorang.

Hati nurani dibedakan menjadi dua, yakni:

1. Hati nurani retrospektif

Apabila seseorang membuat keputusan – keputusan dan melaksanakan putusan tersebut atau bertindak, biasanya orang berpikir ulang atau membuat semacam penilaian terhadap apa yang telah dilakukan tersebut. Apabila seseorang bertindak yang tidak etis dan bertentangan dengan hati nuraninya, sudah barang tentu setelah bertindak orang tersebut akan menyadarinya bahwa tindakannya tersebut tidak benar, dan menyesalinya. Jadi dapat dikatakan atau disimpulkan bahwa hati nurani seseorang atau “batin” seseorang memberikan penilaian – penilaian terhadap perbuatannya sendiri yang telah lampau. Setelah seseorang bertindak, untuk menilai tindakan tersebut orang menggunakan hati nuraninya, inilah yang disebut hati nurani retrospektif.

2. Hati nurani prospektif

Sebelum orang membuat keputusan dan bertindak, biasanya ia juga menilai dan mempertimbangkan terhadap apa yang akan diputuskan dan dilakukan dengan menggunakan hati nurani atau suara batinnya. Dengan kata lain, batin akan menilai perbuatan – perbuatan seseorang mendatang. Sebelum orang bertindak batin memberikan pertimbangan – pertimbangan. Inilah yang dimaksud dengan hati nurani prospektif. Pertimbangan itu terwujud dalam bentuk larangan untuk berbuat jelek, dan anjuran untuk berbuat baik, oleh sebab itu, hati nurani prospektif adalah tuntunan (*guidance*) seseorang untuk berperilaku.

Dari uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa perilaku manusia yang dituntun oleh hati nurani dengan sendirinya sejalan dengan moralitas atau etika (acuan perilaku umum), atau acuan perilaku manusia. Apabila manusia telah terlanjur membuat keputusan dan bertindak yang tidak etis (tidak sesuai dengan hati nurani) maka akan menghasilkan atau terjadi penggerogotan hati nurani) dan akan merasa bersalah atau “*guilty feeling*” dan gelisah. Tetapi bila seseorang telah membuat keputusan yang baik dan sesuai dengan hati nurani, maka orang tersebut akan merasa bangga dan tenang atau “*goodfeeling*”.

Contoh Kasus:

1. Seorang hakim menjatuhkan putusan bebas kepada seorang terdakwa, padahal ia tahu bahwa terdakwa tersebut bersalah. Ia gelisah karena keputusan tersebut dibuat tidak didasarkan hati nuraninya, tetapi karena suap.

2. Thomas Grisson seorang ahli fisika telah bekerja 15 tahun di sebuah laboratorium nuklir di Amerika, keluar dari pekerjaannya setelah ia sadar bahwa hasil pekerjaannya digunakan untuk membunuh manusia (dalam perang).
3. Cerita Baratayudha mengisahkan, semula Arjuna sebagai panglima perang Pandawa enggan untuk maju perang, karena ia sadar bahwa yang akan terbunuh adalah saudara – saudaranya sendiri Kurawa dan juga gurunya (Pandita Durna). Namun karena tugas negara ia laksanakan hal itu, dan semua saudaranya yakni Kurawa dan gurunya mati. Ia menyesal, karena menghargai hati nuraninya sendiri. (Bertens, K. Etika, Seri Filsafat Atmajaya: 15, 2001).

Dari ketiga contoh kasus yang berkaitan dengan hati nurani tersebut, dapat diambil kesimpulan bahwa:

- a. Ketiga orang dalam contoh tersebut sama – sama telah melaksanakan tugasnya, sesuai dengan kewenangan yang dimilikinya masing – masing.
- b. Namun setelah melaksanakan tugas (mengambil) keputusan), akhirnya mereka (ketiga orang) tersebut menyesal.
- c. Penyesalan terjadi pada ketiga orang tersebut karena keputusan dan atau tindakannya tersebut tidak sesuai, bahkan bertentangan dengan hati nurani mereka.
- d. Dapat dikatakan bahwa tindakan yang tidak didasari hati nurani tersebut adalah tindakan yang tidak bermoral atau tidak etis.

Hati nurani dan “superego”

Hati nurani dapat dikaitkan dengan “superego”. Istilah superego adalah muncul dari Sigmund Freud, seorang ahli psikologi atau ilmu jiwa dalam. Freud yang dengan sendirinya mendasarkan teori kepribadiannya pada psikologi dalam (*depth psychology*) juga, berpendapat bahwa perilaku manusia (tepatnya kepribadian manusia merupakan sebuah struktur terdiri dari tiga sistem atau aspek, yakni: Id, Ego, dan Superego. Superego itu berhubungan erat dengan apa yang kita kenal dengan “hati nurani”. Hubungan antara ketiga komponen tersebut adalah sebagai berikut:

1. Id (das id atau das es)

Id atau *das es* adalah aspek biologis kepribadian, merupakan aspek yang orisinal. Dari aspek ini akan timbul aspek – aspek yang lain. Fungsi *das es* berdasarkan pada prinsip biologis, yakni kenikmatan (*pleasure principle*), atau mencari kenikmatan dan menghindarkan diri dari ketidaknikmatan (ketidak enak). Untuk menghindarkan diri dari ketidak enak ini, *das es* mempunyai dua cara, yakni:

- a) Refleksi dan reaksi – reaksi otomatis, misalnya bersin, berkedip, dan sebagainya.
- b) Proses primer, misalnya orang lapar lalu membayangkan makan.

Id (das id), menurut Freud menunjukkan ketidak sadaran manusia. *Id* adalah lapisan yang paling fundamental dalam susunan psikis seorang manusia. *Id* meliputi segala sesuatu yang bersifat impersonal atau tidak disengaja atau tidak disadari. Oleh sebab itu bersifat subjektif.

2. *Ego (das ich)*

Das ich adalah aspek psikologis kepribadian, dan timbul dari kebutuhan organisme untuk berhubungan dengan dunia luar secara realita (*reality principle*). Tujuannya masih di dalam kepentingan organisme, yakni mendapatkan kenikmatan, tetapi dalam bentuk dan cara yang sesuai dengan kondisi – kondisi psikologis dan sesuai dengan kondisi riil disekitarnya. Misalnya: orang yang sedang jalan – jalan di mall, merasa lapar ingin makan. Tetapi dalam mencapai keinginan makan tersebut pasti tergantung pada kondisi psikologis objektif. Sehingga ia tidak akan makan sambil melanjutkan jalan – jalan di mall.

3. *Super ego (das uber ich)*

Das uber ich adalah aspek psikologis kepribadian yang merupakan wakil nilai – nilai tradisional serta cita – cita masyarakat menurut warisan orang tua kepada anak – anaknya, yang diajarkan dengan berbagai perintah dan larangan. *Das uber ich* lebih merupakan yang ideal daripada yang riil. Oleh karena itu, merupakan aspek moral dalam kepribadian. Fungsi utama dari *das uber ich* adalah menentukan apakah suatu hal itu susila atau tidak susila. Benar atau salah menurut norma umum, dan dengan berpedoman ini pribadi dapat bertindak dalam cara yang sesuai dengan moral masyarakat.

Aktivitas *superego* menyatakan diri dalam konflik dengan *ego*, yang dirasakan dalam emosi – emosi seperti rasa bersalah, rasa menyesal, rasa malu, dan sebagainya. Perasaan – perasaan itu tentu dapat dianggap normal. Tetapi bila terjadi juga bahwa orang sungguh – sungguh disiksa oleh *superego*, sehingga hidup normal bagi orang tersebut sudah tidak mungkin lagi.

C. PERKEMBANGAN ETIKA

1. Tahap Praetik atau Pramoral

Perkembangan etika atau moral pada tahap awal terjadi dalam keluarga. Pada tahap ini, anak mengenal adanya perbuatan baik dan perbuatan tidak baik atau buruk sangat berkaitan dengan sikap dan perilaku orang tua. Seorang anak mengenal perbuatan baik kalau apa yang dilakukan itu mendapatkan hadiah atau pujian dari orang tuanya. Tetapi sebaliknya, perbuatannya itu tidak baik apabila apa yang dilakukannya tersebut mendapatkan hukuman

dan celaan dari orang tua. Dalam konteks ini belum dapat dikatakan bahwa perbuatan anak tersebut bermoral atau tidak bermoral, karena anak baru belajar perbuatan baik dan buruk saja. Oleh sebab itu, perkembangan moral pada tahap ini disebut “tahap pramoral”.

2. Tahap Prakonvensional

Pada tahap ini perbuatan – perbuatan anak sudah mulai didasarkan pada norma – norma umum yang berlaku dalam kelompok sosialnya (sekolah), tidak hanya terbatas pada norma dalam keluarga atau ayah dan ibunya saja, tetapi sudah lebih luas lagi yakni guru dan kawan – kawannya. Bahkan guru dan kawan – kawannya sudah menjadi acuan yang paling baik bagi anak – anak dalam tahap ini. Oleh sebab itu, perkembangan etika atau moral pada tahap ini disebut “tahap prakonvensional”.

3. Tahap Konvensional

Pada tahap sudah pada tingkat dewasa, dimana pemahaman seseorang pada kelompok sudah meluas ke kelompok yang lebih kompleks lagi (suku bangsa, agama, negara dan sebagainya). Bahwa perilaku atau tindakan baik dan tidak baik tidak hanya sesuai dengan moral (norma yang tertulis), tetapi juga sudah mencakup norma kelompok, atau masyarakat yang sudah tertulis, yakni peraturan dan hukum. Maka dari itu, perilaku baik adalah apabila sesuai dengan aturan hukum kelompok besar tersebut.

4. Tahap Pascakonvensional (otonom)

Pada tahap ini, sebagai penerimaan tanggung jawab pribadi atas dasar etik, moral atau prinsip – prinsip hati nurani yang sudah lebih otonom atau mandiri. Oleh sebab itu, perilaku pada tingkat ini biasanya tidak sama, bahkan bertentangan dengan perilaku kelompoknya. Dalam tahap ini, seseorang sudah berani berperilaku beda dengan kelompoknya, karena menganggap kelompok belum tentu benar.

D. NILAI ETIKA

Telah dijelaskan diatas bahwa moral atau etika itu bersumber atau mengacu pada hati nurani. Sedangkan hati nurani manusia itu selalu mempunyai konotasi positif. Bahwa apa yang disebut baik atau tidak baik, atau perbuatan itu baik atau tidak baik adalah sesuatu yang kita “ya” kan atau “ामीin”kan, dan yang tidak baik pastilah tidak kita aminkan atau “tidak kita iyaikan”. Dari uraian ini dapat kita simpulkan bahwa baik dan tidak baik atau buruk sudah barang tentu mempunyai ukuran atau nilai, yakni yang disebut nilai moral atau norma moral. Nilai moral dalam suatu kelompok masyarakat tertentu bisa sama dan bisa berbeda dengan kelompok masyarakat yang lain. Hal ini disebabkan karena berbagai perbedaan budaya dan adat istiadat masyarakat setempat. Misalnya seorang pemuda untuk menikah dengan pemudi,

adalah etis apabila melalui tahapan “melamar” terlebih dahulu dari keluarga pihak pemuda untuk menikah dengan pemudi. Tetapi pada kelompok masyarakat atau etnis tertentu lamaran itu etis, apabila pemuda itu membawa lari pemudi yang bersangkutan. Dari berbagai studi dapat disimpulkan bahwa nilai moral mempunyai ciri – ciri antara lain:

- a. Nilai berkaitan dengan subjek, kalau tidak ada subjek yang memberikan “nilai”, yang berarti tidak bernilai. Yang dimaksud subjek disini adalah kelompok masyarakat yang menentukan nilai moral tersebut.
- b. Nilai tampil dalam konteks praktis, dimana subjek meletakkan sesuatu dalam konteksnya, misalnya “keadilan”.
- c. Nilai menyangkut hal – hal yang ditambahkan oleh subjek sesuai dengan sifat – sifat yang dimiliki objek, misalnya “perbuatan baik”, atau melakukan baik.

Secara umum nilai atau norma yang menyangkut kehidupan manusia dalam masyarakat dimana saja, atau yang disebut norma umum, dapat dikelompokkan menjadi tiga, yakni:

1. *Norma kesopanan (etiket)*

Norma atau nilai kesopanan ditentukan oleh masing – masing kelompok budaya atau komunitas. Setiap “*event*” di setiap komunitas mempunyai norma etiket tersendiri.

2. *Norma hukum*

Norma atau nilai ditentukan oleh pemegang otoritas dalam kehidupan berbangsa, bernegara, atau bermasyarakat. Setiap bangsa atau pranata sosial mempunyai norma – norma hukum yang digunakan sebagai acuan dalam mengatur kehidupan berbangsa atau bermasyarakat.

3. *Norma moral*

Norma atau nilai moral yang pada umumnya bersifat universal ditentukan oleh kelompok atau masyarakat tertentu. Norma moral meskipun bersifat universal yang bersumber pada hati nurani manusia, tetapi masing – masing kelompok masyarakat atau bangsa mempunyai rumusan berbeda – beda.

E. PENDEKATAN ETIKA

Etika seagai ilmu tingkah laku etis atau moral mempunyai berbagai cara pendekatan atau cara mempelajarinya. Dengan kata lain ada berbagai pendekatan, antara lain:

1. Etika Deskriptif

Etika deskriptif adalah suatu kajian etika yang bertujuan untuk menggambarkan tingkah laku moral dalam arti luas: tentang baik buruk, tentang tindakan yang boleh atau tidak boleh dari setiap kelompok masyarakat atau komunitas, tanpa memberikan penilaian. Misalnya, menggambarkan tata cara yang berlaku pada masing – masing kelompok suku bangsa di

Indonesia terkait dengan upacara perkawinan atau kematian. Etika deskriptif bermanfaat untuk mengembangkan pemahaman budaya satu terhadap yang lain dalam rangka membangun toleransi dan kebersamaan.

2. Etika Normatif

Etika normatif bukan hanya menggambarkan etika dari masing – masing kelompok komunitas, tetapi memberikan penilaian terhadap etika – etika yang berlaku (dengan sendirinya menggunakan kriteria etis atau tidak etis), sehingga menentukan benar atau etis dan tidak benar atau tidak etis. Misalnya fenomena sosial adanya “kawin kontrak”, sunat pada wanita diberbagai etnis tertentu, dan “*siphon*” di Nusa Tenggara Timur terutama di Kupang dan sekitarnya. *Siphon* adalah suatu tradisi atau budaya setempat, yang mengharuskan anak laki – laki yang baru disunat harus melakukan hubungan seks dengan wanita. Tujuan hubungan seks bagi anak laki – laki sehabis sunat ini adalah untuk segera memperoleh kesembuhan dan pemulihan. Oleh sebab itu etika normatif ini bertujuan untuk merumuskan prinsip – prinsip etis yang dapat dipertanggung jawabkan secara rasional.

Lebih lanjut lagi, etika normatif ini dibedakan menjadi:

1. Etika umum

Adalah aturan tingkah laku yang harus dipenuhi oleh setiap orang didalam masyarakatnya. Setiap anggota masyarakat dimana pun berada selalu terikat oleh etika umum ini, yang secara implisit mengatur hak dan kewajiban setiap anggota kelompok atau masyarakat dalam kelompok atau masyarakat tersebut.

Hak adalah menjelaskan tentang apa yang harus diterima oleh anggota masyarakat dari masyarakatnya, sedangkan kewajiban adalah apa yang harus dilakukan untuk kepentingan masyarakat secara umum.

Aturan tingkah laku manusia disuatu masyarakatnya dalam konteks sosiobudayanya. Etika umum ini juga menyangkut aturan tingkal laku manusia dengan lingkungan dalam konteks fisik atau alam dimana manusia itu hidup bermasyarakat.

Lebih jelas dapat dikatakan bahwa manusia harus juga mempunyai tanggung jawab terhadap kelestarian lingkungan (termasuk flora dan fauna) dimana manusia hidup, karena dengan tingkah lakun manusia yang tidak bertanggung jawab terhadap lingkungannya, misalnya merusak lingkungan adalah sesuatu yang tidak etis juga. Sebab dengan merusak lingkungan, disamping akan mengganggu kehidupannya sendiri juga mengganggu kehidupan orang lain, dan ini merupakan perbuatan yang tidak etis. Dengan demikian etika umum secara implisit mencakup juga etika lingkungan.

2. *Etika khusus*

Adalah aturan tingkah laku kelompok manusia dengan kelompok masyarakat yang khas atau yang spesifik kelompok tersebut. Kelompok masyarakat yang khas atau spesifik ini adalah kelompok profesi. Kelompok profesi dalam suatu masyarakat sangat bervariasi, yang mempunyai kekhasan atau perilaku khusus sesuai dengan profesi masing – masing. Misalnya profesi hukum, ekonomi, akuntansi, kefarmasian (apotek), kedokteran, dan sebagainya. Masing – masing kelompok profesi ini biasanya membuat aturan berperilaku masing – masing sesuai dengan profesi tersebut. Rumusan atau aturan perilaku ini biasanya dirumuskan dalam aturan bertindak atau “*role of conduct*” atau juga disebut “*kode etik*”.

F. ETIKA, AGAMA DAN HUKUM

Etika (moral) dan agama mempunyai hubungan yang sangat erat. Seperti telah diuraikan tadi bahwa etika atau moral adalah merupakan aturan atau rambu – rambu perilaku dalam hubungan antara manusia yang satu dengan manusia yang lain dalam konteks sosiobudayanya. Sedangkan agama adalah lebih dari etika, karena disamping mengatur hubungan antar manusia, agama juga mengatur hubungan antara manusia dengan Tuhan Sang Maha Pencipta alam seisinya, termasuk manusia, apabila manusia benar – benar memegang teguh rambu – rambu moral, sebenarnya secara implisit juga sudah menjalin hubungan yang baik dengan Tuhan pencipta alam ini. Karena orang mempunyai moral yang baik, sudah barang tentu akan berperilaku didalam aturan – aturan agama yang diperintahkan Tuhan kepada umat manusia. Misalnya, dalam ajaran agama apa pun melarang kepada umat manusia atau umatnya untuk tidak mencuri, tidak berbohong, tidak membunuh, tidak menyakiti hati orang lain, dan sebagainya. Orang yang mampu menjalankan ajaran – ajaran Tuhan, berarti mempunyai hubungan yang baik kepada Tuhan, dan itu merupakan praktik hubungan baik dengan sesama manusia.

Oleh sebab itu, melanggar moral berarti melanggar hubungan dengan Allah, dan juga melanggar hubungan dengan manusia lain. Melanggar hukum Allah berarti juga melanggar hukum manusia, dan sebaliknya. Misalnya orang yang korupsi, orang mencuri, orang yang membunuh orang lain, itu adalah merusak hubungan dengan manusia lain, dan jelas perbuatan itu tidak etis atau tidak bermoral. Apabila dilihat dari pandangan agama perbuatan tersebut adalah dosa, karena melanggar perintah atau ajaran Tuhan. Sedangkan sanksi terhadap pelanggaran ajaran Tuhan atau agama adalah “dosa”, dan segala risikonya, yang semuanya itu adalah hak atau otoritas Tuhan sendiri untuk menghukumnya.

Etika atau moral sebagai aturan bertindak atau berperilaku, baik yang bersifat universal maupun bersifat lokal, tidak secara jelas tertulis dalam dokumen meskipun dipatuhi oleh semua orang atau anggota masyarakat. Sedangkan hukum lebih dikodifikasi, ditulis secara sistematis. Hukum merupakan norma yuridis, dan dituangkan dalam berbagai bentuk produk hukum misalnya: Undang – Undang Dasar dan undang – undang, peraturan – peraturan, surat keputusan – surat keputusan dan ketentuan – ketentuan lainnya secara tertulis dari para pemegang kekuasaan eksekutif, legislatif, maupun yudikatif. Sanksi bagi para pelanggar moral atau etika, tidak jelas dan tegas, dan cenderung bersifat subjektif. Melanggar etika atau moral dapat dikatakan sanksinya adalah “hati nurani” yang belum jelas aturannya. Sedangkan sanksi bagi pelanggar hukum adalah sangat jelas dan terukur yang berupa hukuman, sesuai peraturan yang berlaku.

Namun demikian, etika bagi kelompok profesi sudah mempunyai aturan – aturan etik yang jelas dan tertulis, dalam suatu “kode etik” profesi. Oleh sebab itu, bagi kelompok profesi yang sudah mempunyai kode etik, sanksi pelanggaran etik adalah hukuman profesi, yang telah diatur dalam kode etik profesi akademik adalah “plagiarisme”. Dalam hal plagiarisme, maka sebenarnya bukan hanya pelanggaran etis saja, tetapi juga terjadi pelanggaran Undang – Undang Hak Cipta Intelektual.

ALLAH



A L A M (L I N G K U N G A N)

Gambar diatas mengilustrasikan hubungan antara etika, hukum dan agama dalam konteks kehidupan manusia di dunia yang fana ini. Manusia sebagai ciptaan Tuhan yang paling sempurna ditempatkan dialam yang juga ciptaan Tuhan ini, hendaknya senantiasa memelihara hubungan yang harmonis secara bersamaan dan sekaligus, yakni:

- a. Hubungan antara manusia dengan Tuhan.
- b. Hubungan antara manusia dengan manusia lain, yang diatur secara:

- 1) Tidak tertulis yang bersifat universal, dan yang dipatuhi oleh setiap manusia dalam konteks sosiobudaya (etika atau moral).
 - 2) Tertulis yang disusun dalam bentuk undang – undang atau peraturan tertulis lainnya dalam konteks komunitas, yakni: hukum.
- c. Hubungan antara manusia dengan lingkungannya (fisik). Hubungan antara manusia dengan lingkungannya, diatur dalam aturan tidak tertulis (etika lingkungan); tetapi juga dapat diatur dalam aturan yang tertulis (hukum lingkungan).

Mengingat hubungan yang multidimensi ini, manusia atau setiap orang di mana pun juga selalu mengacu dan selalu terikat hubungan dalam bentuk hubungan – hubungan tersebut. Apabila terjadi ketidak selarasan hubungan – hubungan tersebut, maka juga akan memperoleh “sanksi” sesuai pelanggaran hubungan atau tanggung jawab tersebut.

1. Hubungan Manusia dengan Tuhan

Hubungan antara manusia dengan Tuhan telah diatur melalui setiap ajaran agama masing – masing. Dalam ajaran agama apapun, selain mengatur hubungan antara manusia dengan manusia, juga mengatur hubungan manusia dengan Tuhan atau, bahkan juga hubungan manusia dengan alam. Setiap agama mempunyai aturan dan cara – cara menjaga hubungan yang baik dengan Tuhan melalui tata cara atau ritual agama antara lain tata cara menyembah atau ibadah kepada Tuhan. Disamping itu, ketentuan yang lebih rinci tertuang dalam masing – masing kitab suci agama selalu diajarkan tentang hal – hal apa yang tidak boleh dilakukan. Apabila manusia melakukan hal – hal yang baik, yang harus dilakukan, maka manusia akan memperoleh Anugerah dari Tuhan. Tetapi bila manusia tidak melakukan tentang apa yang harus dilakukan, atau melakukan hal – hal yang tidak boleh dilakukan, atau melakukan hal – hal yang tidak boleh dilakukan, manusia harus bersedia menerima sanksi dari Tuhan, yang berupa “dosa”. Setiap dosa yang diperbuat oleh manusia akan mendapat hukuman dari Tuhan. Seberapa besarnya hukuman adalah rahasia Tuhan sendiri, dan merupakan otoritas Tuhan, bukan dari manusia.

2. Hubungan Manusia dengan Manusia yang Lain

a. Hubungan Informal

Hubungan antara manusia dengan manusia yang lain secara informal dalam konteks sosiobudaya setempat atau komunitas pada umumnya tidak tertulis. Biasanya hanya didasarkan kesepakatan bersama antara kelompok masyarakat tersebut yang secara turun temurun diwariskan dari generasi ke generasi yang berikutnya, yakni etika atau moral. Apabila terjadi kurang harmonisan hubungan antara orang yang satu terhadap yang lain, atau hubungan salah satu anggota kelompok dengan kelompok maka akan memperoleh

sanksi sosial dari kelompok atau kelompok masyarakat yang bersangkutan. Sanksi sosial ini pun tidak mempunyai ketentuan yang sama. Seseorang yang melanggar etika dikomunitas Jawa dibandingkan dengan seseorang yang lain melanggar etika yang sama. Sanksinya akan berbeda. Seperti telah dijelaskan sebelumnya hubungan bahwa agama secara vertikal mengatur hubungan manusia dengan Tuhan, tetapi secara horisontal juga mengatur hubungan manusia dengan manusia yang lain. Oleh sebab itu apabila terjadi pelanggaran etika, dalam arti adanya hubungan seseorang dengan orang lain yang tidak atau kurang baik, misalnya mengambil barang orang lain, berbohong kepada orang lain, menganiaya orang lain, dan sebagainya, disamping melanggar etika atau moral juga melanggar ajaran agama.

b. Hubungan Formal

Hubungan manusia dengan manusia yang lain dalam suatu kelompok secara formal diatur dalam peraturan – peraturan atau ketentuan – ketentuan secara tertulis dan terkondifikasi dalam suatu hukum. Hukum disini tidak harus dalam bentuk undang – undang, tetapi mempunyai cakupan yang luas dan bervariasi, mulai dari Undang – Undang Dasar, peraturann pemerintah, surat keputusan – surat keputusan (SK), mulai dari SK Presiden, SK Menteri sampai SK dari pejabat pemerintahan yang palinnng bawah. Apabila dalam etika atau moral terjadinya pelanggaran etika tidak mempunya sanksi yang jelas, tetapi dalam hukum pelanggaran hukum mempunyai ketentuan sanksi yang jelas dan mengikat, yakni berupa hukuman. berat ringannya hukuman ini telah diatur secara jelas dalam undang – undang atau peraturan – peraturan utamanya dalam KUHP (Kitab Undang – Undang Hukum Pidana).

Oleh sebab itu, perbuatan pelanggaran hukum yang sama terhadap orang yang berbeda akan mendapatkan hukuman yang sama. Proses terjadinya sanksi huku (hukuman) ini telah diatur dalam hukum acara pidana, mulai dari penyelidikan, penyidikan, pembuktian (pengadilan), sampai dengan penjatuhan sanksi hukum (hukuman). Seseorang yang telah mendapatkan hukuman pada tingkat pertama pun, bisa naik banding kepengadilan di atasnya, bila ia tidak puas dengan keputusan tersebut. Hal ini dapat berlangsung sampai dengan tingkat pengadilan yang paling tinggi atau kasasi ke Mahkamah Agung.

3. Hubungan dengan Lingkungan

Manusia tinggal di dalam suatu kawasan geografis tertentu, dan disamping mempunyai hubungan dengan manusia yang lain, juga mempunyai hubungan dengan makhluk hidup lainnya, yakni fauna (hewan) dan flora (tumbuh – tumbuhan). Ketiga makhluk ini menempati bersama – sama dalam suatu wilayah geografis yang satu (alam) yakni: tanah, air, dan udara, dan masing – masing saling membutuhkan dan saling ketergantungan. Dengan kata lain semuanya ini hidup dalam satu sistem, yang disebut ekosistem. Dalam ekosistem, bukan

hanya antar makhluk hidup saja (manusia, binatang, tumbuh – tumbuhan) yang saling ketergantungan, tetapi juga antara makhluk hidup dengan lingkungan benda mati, yakni: tanah, air dan udara juga saling ketergantungan. Oleh sebab itu keseimbangan antara makhluk hidup dengan alam (lingkungan) ini harus dijaga keseimbangannya dan kelestariannya.

Dalam menjaga kelestarian dan keseimbangan antara hidup manusia, binatang, dan tumbuh – tumbuhan ini dengan lingkungan fisik (air, tanah, dan udara), manusia yang berperan atau yang menentukan. Dengan perkataan lain, manusia mempunyai kewajiban menjaga hubungan antara manusia dengan lingkungannya: binatang, tumbuh – tumbuhan, air, tanah, dan udara secara harmonis karena ulah manusia, misalnya: pemusnahan flora dan fauna, perusak lingkungan dan sebagainya maka yang terkena dampaknya adalah seluruh ekosistem ini, utamanya manusia. Oleh sebab itu, hubungan antara manusia dengan lingkungan ini harus dikembangkan dan dirumuskan dalam bentuk informal (etika lingkungan) dan dalam bentuk formal yakni undang – undang dan atau peraturan – peraturan tentang lingkungan hidup.

G. MANUSIA SEUTUHNYA

Manusia adalah makhluk hidup ciptaan Tuhan yang paling sempurna. Oleh sebab itu, manusia tidak dapat disamakan dengan makhluk hidup yang lain. Manusia mempunyai banyak kelebihan bila dibandingkan dengan makhluk hidup lainnya. Makhluk hidup lain hanya semata – mata mempunyai aspek biologis atau fisik, sedangkan manusia, disamping mempunyai aspek biologis, juga mempunyai aspek psikologis, intelektual, dan moral. Aspek – aspek inilah yang menyebabkan makhluk yang bernama manusia hadir sebagai “*human being*”, makhluk yang selalu berubah bukan saja karena fisiknya, melainkan aspek intelektual dan moralnya. Oleh sebab itu, agar manusia mampu berkembang sebagaimana seharusnya, bukan hanya aspek fisiknya (biologi) saja diintervensi dengan memberikan makanan dan minuman seperti makhluk hidup yang lain, tetapi yang utama adalah pengembangan aspek mental dan moralnya. Inilah yang dimaksud dengan pengembangan manusia seutuhnya. Secara lebih rinci pengembangan manusia seutuhnya tersebut antara lain:

1. Kesehatan

Peningkatan kesehatan adalah salah satu bentuk pengembangan aspek fisik atau biologis dari manusia. Kesehatan yang baik merupakan indikator sumber daya yang berkualitas. Kesehatan manusia ditentukan oleh banyak faktor, oleh sebab itu meningkatkan kesehatan juga harus dilakukan melalui berbagai cara antara lain:

- 1) Makanan dan minuman yang merupakan faktor utama untuk memelihara dan meningkatkan organ – organ tubuh tetap berfungsi untuk mempertahankan hidup.

- 2) Lingkungan hidup yang kondusif untuk hidup sehat (lingkungan fisik). Lingkungan hidup inilah yang memberikan berbagai sarana dan prasarana hidup sehat, dalam bentuk air yang bersih, udara yang bersih, tanaman atau tumbuh – tumbuhan yang cukup memberikan bantuan dalam menyaring udara bersih, dan sebagainya.
- 3) Lingkungan nonfisik (sosial, ekonomi, budaya, politik, dan sebagainya) yang mendukung untuk kondusif hidup bermasyarakat.

2. Pendidikan

Pendidikan (pendidikan formal) merupakan sarana yang sangat penting dalam pengembangan intelektual seseorang. Meskipun secara teori pendidikan formal tidak hanya berfungsi untuk pengembangan intelektual saja. Namun secara umum dan pada praktiknya memang demikian, pendidikan formal atau sekolah, utamanya untuk pengembangan intelektual bagi generasi penerus bangsa. Oleh sebab itu, mutu (kualitas) dan jumlah (kuantitas) pendidikan formal yang ada dalam suatu kelompok masyarakat tertentu merupakan indikator pengembangan sumber daya manusia dari segi intelektual.

3. Agama

Seperti telah disebutkan sebelumnya agama adalah aturan bertindak bagi manusia dalam hubungannya dengan Tuhan, dan juga dengan manusia yang lain. Oleh sebab itu, dalam kehidupan manusia sehari – hari, antara agama dengan etika sulit untuk dipisahkan. Orang yang praktik agamanya baik, biasanya etika atau moralnya juga baik. Sebaliknya, orang yang sering melanggar rambu – rambu moral atau etika biasanya praktik agamanya juga kurang baik. Oleh sebab itu, pendidikan agama dalam kaitannya dengan pembentukan moral atau etika sangat penting. Pendidikan agama secara formal bukan hanya diberikan pada *murid sekolah dasar (SD) saja, tetapi juga harus diajarkan sampai perguruan tinggi.*

MORAL

AGAMA

SDM

KESEHATAN

PENDIDIKAN

FISIK

INTELEKTUAL

BAB 2

ASPEK HUKUM TENAGA KESEHATAN

A. PENDAHULUAN

Tanggal 17 Oktober 2014 UU No. 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan telah disahkan dan diundangkan. Pemerintah beralih pembentukan UU Tenaga Kesehatan merupakan perpanjangan dari UU no 36 tahun 2009 tentang kesehatan, dan pemerintah mengklaim bahwa ketentuan mengenai tenaga kesehatan masih tersebar dalam berbagai peraturan perundang-undangan dan belum menampung kebutuhan hukum masyarakat sehingga perlu dibentuk undang-undang tersendiri yang mengatur tenaga kesehatan secara komprehensif.

Dalam Undang – Undang Kesehatan No. 36 Tahun 2014 disebutkan bahwa tenaga kesehatan merupakan sumber daya kesehatan yang paling utama. Sebab dengan tenaga kesehatan ini semua sumber daya kesehatan yang lain seperti fasilitas pelayanan kesehatan, pembekalan kesehatan serta teknologi dan produk teknologi dapat dikelola secara sinergis dalam rangka mencapai tujuan pembangunan kesehatan yang diharapkan. Secara hukum tenaga kesehatan di Indonesia telah diatur tersendiri sejak 22 Juli 1963 dengan keluarnya Undang – Undang No. 6 Tahun 1963 tentang Tenaga Kesehatan. Undang – Undang Kesehatan Tahun 1960.

Tahun 1992 dengan keluarnya Undang – Undang Kesehatan No. 23 Tahun 1992, maka Undang – Undang Pokok Kesehatan Tahun 60 sudah tidak berlaku lagi. Sedangkan UU No. 6 Tahun 1963 tentang Tenaga Kesehatan masih berlaku, sambil menunggu produk hukum yang baru yang mengacu pada UU No. 23 Tahun 1992. Akhirnya pada tahun 1996, keluarlah Peraturan Pemerintah atau PP No. 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan. Dalam peraturan pemerintah ini dijelaskan, bahwa tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.

B. JENIS TENAGA KESEHATAN

Dalam Undang – Undang Kesehatan No.36 Tahun 2014 tenaga dibidang kesehatan terdiri atas: (1) Tenaga Kesehatan, dan (2) Asisten Tenaga Kesehatan. Tenaga kesehatan dikelompokkan berdasarkan latar belakang maupun jenis pelayanan atau upaya kesehatan yang dilakukan jenis tenaga kesehatan berdasarkan UU ini meliputi :

1. Tenaga Medis, mencakup :
 - a. Dokter,
 - b. Dokter Gigi,
 - c. Dokter Spesialis,
 - d. Dokter Gigi Spesialis.

2. Tenaga Psikologi Klinis, mencakup :
 - a. Psikologi Klinis.

3. Tenaga Keperawatan, mencakup :
 - a. Perawat Kesehatan Masyarakat,
 - b. Perawat Kesehatan Anak,
 - c. Perawat Maternitas,
 - d. Perawat Medikal Bedah,
 - e. Perawat Geriatri,
 - f. Perawat Kesehatan Jiwa.

4. Tenaga Kebidanan, mencakup :
 - a. Bidan.

5. Tenaga Kefarmasian, mencakup :
 - a. Apoteker,
 - b. Tenaga Teknis Kefarmasian.

6. Tenaga Kesehatan Masyarakat, yang mencakup :
 - a. Epidemiologi Kesehatan,
 - b. Tenaga Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku,

- c. Pembimbing Kesehatan Kerja,
 - d. Tenaga Administrasi dan Kebijakan Kesehatan,
 - e. Tenaga Biostatistik dan KependudukanFisioterapis,
 - f. Tenaga Kesehatan Reproduksi dan Keluarga.
7. Tenaga Kesehatan Lingkungan, yang mencakup :
- a. Tenaga Sanitasi Lingkungan,
 - b. Entomolog Kesehatan,
 - c. Mikrobiologi Kesehatan.
8. Tenaga Gizi, yang mencakup :
- a. Nutrisionis,
 - b. Dietisien.
9. Tenaga Keterampilan Fisik, yang mencakup :
- a. Fisioterapis,
 - b. Okupasi Terapis,
 - c. Terapis Wicara,
 - d. Akupunktur.
10. Tenaga Keteknisian Medis, yang mencakup :
- a. Perkam Medis dan Informasi Kesehatan,
 - b. Teknik kardiovaskuler,
 - c. Teknisi Pelayanan Darah,
 - d. Retraksionis Optisien/Optomemis,
 - e. Teknisi Gigi,
 - f. Penata Anestesi,
 - g. Terapis Gigi dan Mulut,
 - h. Audiologis.
11. Tenaga Teknik Biomedika, yang mencakup :
- a. Radiografer,
 - b. Elektromedis,
 - c. Ahli Teknologi Laboratorium Medik,
 - d. Fisikawan Medik,
 - e. Radioterapis,

f. Ortotik Prostetik.

12. Tenaga Kesehatan Tradisional, yang mencakup :

- a. Tenaga Kesehatan Tradisional Ramuan,
- b. Tenaga Kesehatan Tradisional Keterampilan.

C. PERSYARATAN TENAGA KESEHATAN

Untuk menduduki tugas dan fungsi sesuai dengan jenis tenaga kesehatan seperti telah disebutkan di atas, maka tenaga kesehatan harus mempunyai kemampuan atau keterampilan sesuai dengan jenis dan kualifikasi tenaga kesehatan tersebut. Oleh sebab itu, dalam Peraturan Pemerintah No. 32 Tahun 1996 diatur ketentuan sebagai berikut :

1. Tenaga kesehatan wajib memiliki pengetahuan dan keterampilan di bidang kesehatan yang dinyatakan dengan ijazah dari lembaga atau institusi pendidikan.
2. Tenaga kesehatan hanya dapat melakukan upaya kesehatan setelah tenaga kesehatan yang bersangkutan memiliki izin dari menteri. Persyaratan ini dikecualikan bagi tenaga kesehatan masyarakat.
3. Selain izin dari menteri, bagi tenaga medis dan tenaga kefarmasian lulusan dari lembaga pendidikan di luar negeri harus melakukan adaptasi terlebih dahulu di fakultas atau lembaga pendidikan dokter negeri di Indonesia.

D. PERENCANAAN DAN PENGADAAN TENAGA KESEHATAN

Perencanaan, pengadaan dan penempatan tenaga kesehatan dilaksanakan untuk memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan yang merata dan yang tersebar diseluruh jenis fasilitas pelayanan kesehatan baik pemerintah maupun swasta. Penempatan tenaga kesehatan dilaksanakan sesuai dengan perencanaan nasional tenaga kesehatan. Dalam merencanakan tenaga kesehatan di Indonesia, didasarkan pada pertimbangan – pertimbangan serta faktor – faktor sebagai berikut :

- a. Jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat. Hal ini akan ditentukan oleh jenis pelayanan (preventif, promotif, kuratif atau rehabilitatif) dengan memperhatikan pula faktor geografi, demografi dan sosial budaya masyarakat.
- b. Sarana kesehatan yang beraneka ragam yang tersebar di seluruh tanah air. Seperti diketahui bahwa sarana kesehatan kita bukan berarti puskesmas dan rumah sakit saja,

tetapi juga sarana atau institusi yang menunjang pelayanan kesehatan, seperti bidang farmasi, alat – alat dan teknologi kesehatan, laboratorium klinik, penelitian kesehatan dan biomedis, dan sebagainya.

- c. Jenis dan jumlah tenaga kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan. Seperti telah disebutkan bahwa jenis tenaga kesehatan sebesar itu memang yang dibutuhkan oleh sarana dan fasilitas kesehatan yang ada saat ini. Meskipun mungkin belum semua tenaga kesehatan yang diperlukan di masyarakat sudah tertampung dalam jenis – jenis pelayanan kesehatan yang ada seperti tekniker gigi, akupuntur dan mungkin masih ada lagi.

1. Pengadaan Tenaga Kesehatan

Ketentuan tentang pengadaan tenaga kesehatan yang diperlukan oleh berbagai sarana dan pelayanan kesehatan di Indonesia, menurut ketentuan dalam PP. No. 32 Tahun 1996 ini, dilakukan melalui pendidikan dan pelatihan di bidang kesehatan.

2. Pendidikan

- a. Pendidikan di bidang kesehatan dilaksanakan oleh lembaga atau institusi pendidikan, baik yang diselenggarakan oleh pemerintah atau masyarakat.
- b. Penyelenggaraan pendidikan kesehatan ini didasarkan pada izin dari pihak yang diberi kewenangan untuk mengatur penyelenggaraan pendidikan tersebut.

3. Pelatihan

- a. Pelatihan di bidang kesehatan diarahkan untuk meningkatkan keterampilan atau penguasaan pengetahuan di bidang teknis kesehatan.
- b. Pelatihan di bidang kesehatan dapat dilakukan secara berjenjang sesuai dengan jenis tenaga kesehatan yang bersangkutan.
- c. Setiap tenaga kesehatan mempunyai kesempatan yang sama untuk mengikuti pelatihan di bidang kesehatan sesuai dengan bidang tugasnya.
- d. Penyelenggaraan dan/ atau pimpinan sarana kesehatan bertanggung jawab atas pemberian kesempatan kepada tenaga kesehatan yang ditempatkan dan atau bekerja

pada sarana kesehatan yang bersangkutan untuk meningkatkan keterampilan atau pengetahuan melalui pelatihan bidang kesehatan.

- e. Pelatihan di bidang kesehatan dapat dilaksanakan di Balai Pelatihan Tenaga Kesehatan atau tempat pelatihan lainnya.
- f. Pelatihan di bidang kesehatan dapat diselenggarakan oleh pemerintah dan atau masyarakat (swasta).
- g. Pelatihan bidang kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah dilaksanakan dengan memperhatikan ketentuan perundang – undangan yang berlaku.
- h. Pelatihan di bidang kesehatan yang diselenggarakan oleh masyarakat dilaksanakan atas dasar izin menteri.
- i. Pelatihan di bidang kesehatan wajib memenuhi persyaratan tersedianya :
 1. Calon peserta.
 2. Tenaga pelatih.
 3. Kurikulum
 4. Sumber yang tetap untuk menjamin kelangsungan penyelenggaraan pelatihan.
 5. Sarana dan Prasarana
- j. Menteri dapat menghentikan pelatihan apabila pelaksanaan pelatihan di bidang kesehatan yang diselenggarakan oleh masyarakat ternyata :
 1. Tidak sesuai dengan arah pelatihan yang ditentukan.
 2. Tidak memenuhi persyaratan yang ditentukan.
- k. Penghentian pelatihan karena ketentuan – ketentuan penyelenggaraan pelatihan dilanggar.

4. Penempatan Tenaga Kesehatan

Penempatan tenaga kesehatan di tempat – tempat atau fasilitas pelayanan kesehatan, dalam undang – undang ini diatur sebagai berikut :

- a. Dalam rangka penempatan pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat, pemerintah dapat mewajibkan tenaga kesehatan untuk ditempatkan pada sarana kesehatan tertentu untuk jangka waktu tertentu.
- b. Penempatan tenaga kesehatan ini dilakukan dengan cara masa bakti
- c. Pelaksanaan penempatan tenaga kesehatan ini dilakukan dengan memperhatikan ketentuan peraturan perundang – undangan yang berlaku.

5. Penempatan Tenaga Kesehatan dengan Cara Masa Bakti

- a. Penempatan tenaga kesehatan dengan cara masa bakti di tempat atau fasilitas pelayanan kesehatan ini dilakukan dengan memperhatikan ketentuan sebagai berikut :
 1. Kondisi wilayah di mana tenaga kesehatan yang bersangkutan ditempatkan.
 2. Lamanya penempatan.
 3. Jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat.
 4. Prioritas sarana kesehatan.

- b. Penempatan tenaga kesehatan dengan cara masa bakti dilaksanakan dengan ketentuan:
 1. Sarana kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah.
 2. Sarana kesehatan yang diselenggarakan oleh masyarakat yang ditunjuk oleh pemerintah.
 3. Lingkungan perguruan tinggi sebagai staf pengajar.
 4. Lingkungan Angkatan Bersenjata Republik Indonesia.

- c. Pelaksanaan ketentuan tersebut diatas lebih operasional diatur lebih lanjut oleh menteri setelah mendengar pertimbangan dari pimpinan instansi terkait.

- d. Tenaga kesehatan yang telah melaksanakan masa bakti diberikan surat keterangan dari menteri.

- e. Surat keterangan telah melaksanakan masa bakti tersebut merupakan persyaratan bagi tenaga kesehatan untuk memperoleh izin menyelenggarakan upaya kesehatan pada sarana kesehatan.

- f. Status tenaga kesehatan dalam penempatan tenaga kesehatan dapat berupa :
 1. Pegawai negeri sipil.
 2. Pegawai pemerintah dengan perjanjian kerja, atau
 3. Penugasan khusus.

E. STANDAR PROFESI DAN PERLINDUNGAN HUKUM

Petugas kesehatan adalah petugas kesehatan yang profesional. Petugas kesehatan yang profesional mendasarkan semua perilaku dan tindakannya dalam melayani masyarakat atau pasien harus didasarkan pada standar profesi. Oleh sebab itu, setiap jenis tenaga kesehatan yang melayani di berbagai sarana atau fasilitas kesehatan harus mempunyai acuan bertindak (etika) profesi. Acuan bertindak atau etika profesi atau “Kode Etik Profesi” sebagai standar profesi kesehatan ini harus dirumuskan oleh masing – masing organisasi atau perkumpulan profesi. Misalnya, untuk standar atau etika dokter disusun oleh IDI (Ikatan Dokter Indonesia), Etika atau standar profesi bidan oleh IBI (Ikatan Bidan Indonesia), etika atau standar profesi perawat oleh PPNI (Perkumpulan Perawat Nasional Indonesia) dan seterusnya.

Ketentuan tentang standar profesi petugas kesehatan ini dalam Peraturan Pemerintah No. 32 Tahun 1996 diatur sebagai berikut :

1. Setiap tenaga kesehatan dalam melakukan tugasnya berkewajiban untuk mematuhi standar profesi tenaga kesehatan.
2. Standar profesi tenaga kesehatan ini selanjutnya ditetapkan oleh Menteri.
3. Bagi tenaga kesehatan jenis tertentu dalam melaksanakan tugas profesinya berkewajiban untuk :
 - a. Menghormati hak pasien.
 - b. Menjaga kerahasiaan identitas dan tata kesehatan pribadi pasien.
 - c. Memberi informasi yang berkaitan dengan kondisi dan tindakan yang akan dilakukan.
 - d. Meminta persetujuan terhadap tindakan yang akan dilakukan.
 - e. Membuat dan memelihara rekam medis.

F. TENAGA KESEHATAN DALAM UU NO. 36 TAHUN 2014

Aspek hukum tenaga kesehatan seperti telah diuraikan di atas adalah bersumber pada PP. 32 Tahun 1996. Sedangkan Peraturan Pemerintah tersebut disusun berdasarkan perintah Undang – Undang No. 23 Tahun 1992, khususnya pasal mengenai tenaga kesehatan. Dalam Undang – Undang Kesehatan yang baru No. 36 Tahun 2014. Ketentuan tentang Tenaga Kesehatan ini lebih rinci dibandingkan dengan UU. No. 23 Tahun 1992. Untuk lebih jelasnya dibawah ini diuraikan ketentuan – ketentuan tentang ketenagaan sebagai berikut :

1. Perencanaan

Pemerintah dan Pemerintah Daerah wajib memenuhi kebutuhan Tenaga Kesehatan, baik dalam jumlah, jenis, maupun dalam kompetensi secara merata untuk menjamin keberlangsungan pembangunan kesehatan. Perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, pembinaan, dan pengawasan mutu tenaga kesehatan dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Ketentuan mengenai perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, pembinaan, dan pengawasan mutu tenaga kesehatan ini diatur dalam Peraturan Pemerintah. Demikian juga ketentuan mengenai tenaga kesehatan akan diatur dengan undang – undang.

2. Kualifikasi dan Kewenangan

Tenaga kesehatan harus memiliki kualifikasi minimum. Ketentuan mengenai kualifikasi minimum ini akan diatur dengan Peraturan Menteri. Di samping kualifikasi, tenaga kesehatan mempunyai kewenangan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan ini sesuai dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Dilakukan sesuai dengan bidang keahlian yang dimiliki.
2. Dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan wajib memiliki izin pemerintah.
3. Selama memberikan pelayanan kesehatan tersebut, dilarang mengutamakan kepentingan yang bernilai materi.

3. Etika dan Kode Etik

Tenaga kesehatan yang berwenang menyelenggarakan pelayanan kesehatan harus memenuhi ketentuan :

- a. Kode etik,
- b. Standar profesi,
- c. Hak pengguna pelayanan kesehatan,
- d. Standar pelayanan,
- e. Standar prosedur operasional.

Ketentuan mengenai kode etik dan standar profesi diatur oleh organisasi – organisasi profesi yang bersangkutan. Sedangkan ketentuan mengenai hak pengguna pelayanan kesehatan, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional diatur dengan peraturan Menteri Kesehatan.

4. Pendidikan dan Pelatihan

Pengadaan, pendidikan, dan peningkatan mutu tenaga kesehatan diselenggarakan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan atau masyarakat melalui pendidikan dan/atau pelatihan. Sedangkan penyelenggaraan pendidikan dan/atau pelatihan tersebut menjadi tanggung jawab pemerintah dan pemerintah daerah.

5. Pendayagunaan dan Penempatan

Pemerintah mengatur penempatan tenaga kesehatan untuk pemerataan pelayanan kesehatan. Sedangkan pemerintah daerah dapat mengadakan dan mendayagunakan tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan daerahnya masing – masing. Pengadaan dan pendayagunaan tenaga kesehatan ini harus dilakukan dengan memperhatikan :

- (1) Jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat;
- (2) Jumlah sarana pelayanan kesehatan; dan
- (3) Jumlah tenaga kesehatan sesuai dengan beban kerja pelayanan kesehatan yang ada.

Perlu diingat pula bahwa penempatan tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud dilakukan dengan tetap memperhatikan hak tenaga kesehatan dan hak masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang merata.

6. Hak, Kewajiban dan Kewenangan

Tenaga kesehatan mempunyai hak, kewajiban dan kewenangan antara lain :

1. Mendapatkan imbalan dan perlindungan hukum dalam melaksanakan tugas sesuai dengan profesinya.
2. Berkewajiban mengembangkan dan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki.

Ketentuan mengenai hak dan kewajiban tenaga kesehatan tersebut diatur dalam Peraturan Pemerintah.

3. Untuk kepentingan hukum, tenaga kesehatan wajib melakukan pemeriksaan kesehatan atas permintaan penegak hukum dengan biaya ditanggung oleh negara.
4. Pemeriksaan sebagaimana dimaksud tersebut didasarkan pada kompetensi dan kewenangan sesuai dengan bidang keilmuan yang dimiliki.

Dalam hal tenaga kesehatan diduga melakukan kelalaian dalam menjalankan profesinya, kelalaian tersebut harus diselesaikan terlebih dahulu melalui mediasi.

BAB 3

INFORMED CONSENT

A. PENGERTIAN

Pada awal mulanya, dikenal hak atas Persetujuan/Consent, baru kemudian dikenal hak atas informasi kemudian menjadi ‘Informed Consent’. Kasus Slater vs Baker Stapleton, 1767 menurut Appelbaum merupakan kasus yang pertama di Inggris dimana diputuskan bahwa *Dokter harus memperoleh izin Pasien dahulu sebelum melakukan tindakannya*. Sedangkan pada Kasus Schoendorff vs Society of the New York Hospital, 1914 “Setiap manusia dewasa dan berakal sehat, berakal sehat, berhak untuk menentukan apa yang hendak dilakukan terhadap tubuhnya sendiri; dan seorang Dokter Ahli Bedah yang melakukan suatu operasi tanpa persetujuan pasiennya dapat dipersalahkan telah melakukan suatu pelanggaran untuk mana ia harus bertanggung jawab atas segala kerugian” (*Hakim Benyamin Cardozo J*). Menurut Prof. Azrul Azwar: ‘kehendak untuk menghormati hak asasi manusia dalam bidang kedokteran diterjemahkan sebagai hak – hak pasien (*patient right*) akhirnya ditetapkan sebagai salah satu kewajiban etik yang harus dipatuhi oleh setiap warga profesi kedokteran.

Sebagai penerima jasa pelayanan dalam kontrak terapi pasien mempunyai hak, antara lain hak atas persetujuan tindakan yang dilakukan pada tubuhnya, hak atas rahasia dokter, hak atas informasi, dan hak atas *second opinion*. Saat ini, telah mulai diatur mengenai *Informed Consent*, yaitu suatu persetujuan yang diberikan oleh pasien dan keluarganya atas dasar informasi dan penjelasan mengenai tindakan medis yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut. *Informed consent* dimuat dalam beberapa peraturan, meskipun demikian masih diperlukan pengaturan hukum yang lebih lengkap mengenai hal ini, karena dibutuhkan suatu pengaturan hukum yang tidak hanya melindungi pasien dari kesewenangan dokter, tetapi juga diperlukan untuk melindungi dokter dari kesewenangan pasien yang melanggar batas – batas hukum dan perundang – undangan.

Persetujuan (*Informed Consent*) ini sangat penting mengingat tindakan medis tidak dapat dipaksakan karena tidak ada yang tahu pasti hasil akhir dari pelayanan kedokteran tersebut. Pentingnya *Informed Consent* ini juga dikaitkan dengan adanya Pasal 351 KUHP tentang penganiayaan, yang bisa saja dituduhkan kepada pihak dokter atau rumah sakit, terkait tindakan medis yang dilakukan terhadap pasien. Sebagai contoh, dengan melakukan operasi,

memasukkan atau menggoreskan pisau ke badan seseorang hingga menimbulkan luka, atau membius orang lain, dapat dikatakan sebagai suatu penganiayaan. Meskipun yang melakukan tindakan tersebut seorang dokter, tetap dapat dianggap sebagai penganiayaan, kecuali jika :

1. Orang yang dilukai tersebut memberikan persetujuannya;
2. Tindakan tersebut berdasarkan indikasi medik, dan ditujukan pada suatu tujuan yang konkret;
3. Tindakan medik tersebut dilakukan sesuai ilmu kedokteran.

Untuk itu, wajib hukumnya bagi rumah sakit ataupun dokter untuk memberikan informasi dan keterangan kepada pasien tentang segala sesuatu yang berhubungan dengan penyakit pasien, tindakan yang akan dilakukan dan resiko apa yang mungkin terjadi dari suatu tindakan, sebelum tindakan itu dilakukan. Informasi dan penjelasan dianggap cukup, apabila telah mencakup beberapa hal dibawah ini, yaitu :

1. Tujuan dan prospek keberhasilan tindakan medik yang akan dilakukan.
2. Tata cara tindakan medik yang akan dilakukan.
3. Resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi.
4. Alternatif tindakan medik lain yang tersedia serta resikonya masing – masing.
5. Prognosis penyakit apabila tindakan medik tersebut dilakukan.
6. Diagnosis.

Informasi dan penjelasan tersebut dapat disampaikan secara lisan, sedangkan secara tulisan dilakukan sebagai pelengkap penjelasan dari penjelasan lisan tersebut. Bagi pasien, untuk menyatakan persetujuannya dapat dilakukan secara lisan maupun tulisan. Persetujuan tertulis mutlak diperlukan pada tindakan medik yang mengandung resiko tinggi, sedangkan persetujuan medik yang mengandung resiko tinggi, sedangkan persetujuan lisan diperlukan untuk tindakan medik yang tidak beresiko tinggi. Penjelasan juga hendaknya diberikan dalam bahasa yang mudah dimengerti karena penjelasan merupakan landasan untuk memberikan persetujuan. Aspek lain yang juga sebaiknya diberikan penjelasan yaitu yang berkaitan dengan pembiayaan.

Di Indonesia terdapat sejarah beberapa peraturan yang khusus mengatur mengenai *Informed Consent*, di antaranya :

1. Keputusan Jendral Pelayanan Medik No. HK.00.06.3.5.1866 tentang Pedoman Persetujuan Tindakan Medik (*Informed Consent*); Adapun pasien yang telah

memberikan tanda tangannya untuk menyetujui suatu tindakan medik yang akan dilakukan namun sebelumnya tidak diberikan informasi/penjelasan yang cukup, maka hakim dapat membatalkan perjanjian media tersebut demi hukum’.

2. Surat Keputusan PB IDI No. 319/PB/A4/88

Pernyataan IDI tentang *Informed Consent* tersebut adalah :

- a. Manusia dewasa sehat jasmani dan rohani berhak sepenuhnya menentukan apa yang hendak dilakukan terhadap tubuhnya. Dokter tidak berhak melakukan tindakan medis yang bertentangan dengan kemauan pasien, walaupun untuk kepentingannya sendiri.
- b. Semua tindakan medis (diagnostik, terapeutik, maupun paliatif) memerlukan *Informed Consent*) secara lisan maupun tertulis.
- c. Setiap tindakan medis yang mempunyai resiko cukup besar, mengharuskan adanya persetujuan tertulis yang ditandatangani pasien, setelah sebelumnya pasien memperoleh informasi yang adekuat tentang perlunya tindakan medis yang bersangkutan serta resikonya.
- d. Untuk tindakan yang tidak termasuk dalam butir 3, hanya dibutuhkan persetujuan lisan atau sikap diam.
- e. Informasi tentang tindakan medis harus diberikan kepada pasien, baik diminta maupun tidak diminta oleh pasien. Menahan informasi tidak boleh, kecuali bila dokter menilai bahwa informasi tersebut dapat merugikan kepentingan kesehatan pasien. Dalam hal ini dokter dapat memberikan informasi kepada keluarga terdekat pasien. Dalam memberi informasi kepada keluarga terdekat dengan pasien, kehadiran seorang perawat/paramedik lain sebagai saksi adalah penting.
- f. Isi informasi mencakup keuntungan dan kerugian tindakan medis yang direncanakan baik diagnostik terapeutik, maupun paliatif. Informasi biasanya diberikan secara lisan, tetapi dapat pula secara tertulis (berkaitan dengan *Informed Consent*).

3. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 290/Menkes/PER/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran telah mencabut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 585 Tahun 1989 tentang Persetujuan Medik. Dari segi judul diubah menjadi Persetujuan Tindakan Kedokteran.

Persetujuan Tindakan Kedokteran adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekat setelah mendapatkan penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan terhadap pasien.

Pada Bab Persetujuan dan Penjelasan prinsipnya mengatur sama dengan peraturan – peraturan sebelumnya, di mana semua tindakan kedokteran yang akan dilakukan terhadap pasien harus mendapatkan persetujuan secara tertulis maupun lisan, setelah mendapatkan penjelasan.

Pada peraturan nomor 290 Tahun 2008 ini juga dijelaskan, setiap tindakan kedokteran yang mengandung resiko tinggi harus persetujuan tertulis yang ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan. Persetujuan tertulis dibuat dalam bentuk pernyataan yang tertuang dalam formulir khusus yang dibuat untuk itu. Sedangkan tindakan kedokteran yang beresiko tinggi dapat diberikan secara lisan dalam bentuk ucapan setuju atau bentuk gerakan menangguk kepala yang dapat diartikan setuju. Jika meragukan, maka dapat dimintakan secara tertulis.

Dalam keadaan gawat darurat, untuk menyelamatkan jiwa pasien dan/atau mencegah kecacatan tidak diperlukan yang diputuskan oleh dokter dan dokter gigi dan dicatat di dalam rekam medik. Apabila ini dilakukan, dokter atau dokter gigi wajib memberikan penjelasan sesegera mungkin kepada pasien setelah pasien sadar atau kepada keluarga terdekat.

Ciri khas dari ketentuan ini, persetujuan tindakan kedokteran dapat dibatalkan atau ditarik kembali oleh yang memberikan persetujuan sebelum dimulainya tindakan dan pembatalan ini harus secara tertulis. Segala akibat yang timbul dari pembatalan ini menjadi tanggung jawab yang membatalkan persetujuan. Pemberian persetujuan kedokteran tidak menghapuskan tanggung gugat hukum dalam hal terbukti adanya kelalaian dalam melakukan tindakan kedokteran yang mengakibatkan kerugian pada pasien.

Dalam hal penjelasan, pada prinsipnya sama dengan yang diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 585 Tahun 1989, *ditambah dengan perkiraan pembiayaan*. Untuk yang terakhir ini, pada kenyataannya tenaga medis sering lupa memberikan penjelasan pembiayaan, sehingga pasien sering kaget ketika hendak membayar karena tidak sesuai dengan kemampuannya. Ini juga sering membuat pasien mengambil tindakan pulang paksa,

setelah beberapa hari dirawat baru mengetahui berapa biaya yang diperkirakan harus dibayar. Pasien hanya diberitahu harga kamar semalam untuk pasien rawat inap, tetapi untuk visite dokter, obat – obatan, pemeriksaan penunjang tidak diberikan penjelasan. Dalam akreditasi rumah sakit diharuskan mengumumkan tarif – tarif umum standar yang dibutuhkan pasien. Ini berbeda dengan pasien miskin pemegang kartu Jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat) yang diklaim melalui program INA – CBG's dalam bentuk paket sesuai dengan diagnosis penyakit pasien atau jamkesda (Jaminan Kesehatan Daerah), dibayar oleh pemerintah atau Askes Sosial yang dibayar melalui klaim ke PT. Askes, karena setiap Pegawai Negeri Sipil dipotong gajinya setiap bulan untuk asuransi kesehatan.

Apabila dokter dan dokter gigi berhalangan memberikan penjelasan secara langsung, maka pemberian penjelasan harus didelegasikan kepada dokter atau dokter gigi lain yang berkompeten. Tenaga kesehatan yang berhadapan langsung dengan pasien seperti perawat atau bidan, dapat membantu memberikan penjelasan sesuai dengan pasien seperti perawat atau bidan, dapat membantu memberikan penjelasan sesuai dengan kewenangannya.

Ada kalanya dalam hal tertentu, terdapat perluasan tindakan kedokteran, dokter juga harus memberikan penjelasan dan ini merupakan dasar daripada persetujuan. Sedangkan tindakan kedokteran yang tidak terdapat indikasi sebelumnya, hanya dapat dilakukan untuk menyelamatkan jiwa pasien. Persetujuan diberikan oleh pasien yang kompeten atau saudara dekat. Apabila terdapat keraguan persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarganya, dokter atau dokter gigi dapat melakukan permintaan persetujuan ulang.

Permenkes 290 Tahun 2008 ini, mengatur tentang ketentuan pada situasi khusus seperti yang dituangkan dalam pasal 14, berupa tindakan penghentian/penundaan bantuan hidup (*withdrawing/withholding life support*) pada seorang pasien harus mendapat persetujuan keluarga terdekat pasien, setelah keluarga mendapat penjelasan dari tim dokter yang bersangkutan. Dalam hal tindakan kedokteran harus dilaksanakan sesuai program pemerintah dimana tindakan medis tersebut untuk kepentingan masyarakat banyak, maka persetujuan kedokteran tidak perlu dilakukan.

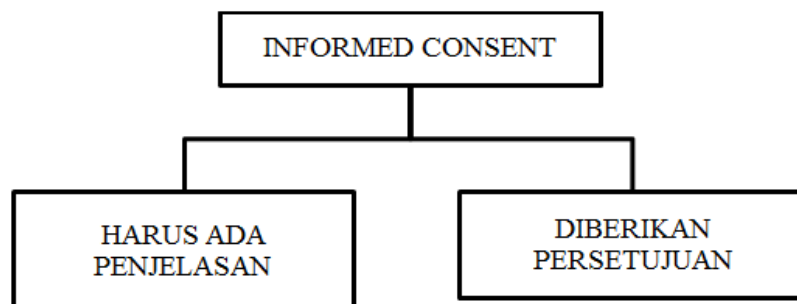
Pasien dapat melakukan penolakan tindakan kedokteran, setelah menerima penjelasan dan harus secara tertulis. Akibat penolakan ini menjadi tanggung jawab pasien, tetapi tidak memutuskan hubungan dokter dan pasien. Pelaksanaan tindakan kedokteran yang telah mendapat persetujuan menjadi tanggung jawab sedangkan sarana pelayanan kesehatan bertanggung jawab atas pelaksanaan persetujuan tindakan kedokteran.

Menurut Guwandi J (2005), Persetujuan Tindakan Kedokteran adalah suatu pernyataan izin atau pernyataan setuju dari pasien yang diberikan dengan dengan bebas dan rasional sesudah mendapat informasi dari dokter dan yang sudah dimengertinya.

Samil RS (2001) mengatakan persetujuan tindakan kedokteran adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau walinya yang berhak kepada dokternya untuk melakukan suatu tindakan medis terhadap pasien sesudah pasien atau walinya memperoleh informasi lengkap dan memahami tindakan itu.

Veronika K (1989) mengatakan persetujuan tindakan kedokteran adalah suatu kesepakatan/persetujuan pasien atas upaya medis yang akan dilakukan terhadap dirinya, setelah mendapat informasi dari dokter mengenai upaya medis yang dapat menolong dirinya disertai mengenai segala resiko yang mungkin terjadi.

Dari berbagai pendapat diatas, dapat dilihat prinsip adanya *informed consent* atau persetujuan tindakan kedokteran di bawah ini:



B. ASPEK HUKUM INFORMED CONSENT

1. Aspek Hukum Pidana

Pasien harus memberikan persetujuan lebih dulu terhadap tindakan media dokter, misalnya operasi. Sebab apabila dikaitkan dengan Pasal 351 KUHP, mengenai penganiayaan, maka operasi oleh dokter, misalnya dengan menusukkan pisau bedah ke tubuh pasien tanpa persetujuan terlebih dulu, dapat dikenai sanksi pidana karena dikategorikan penganiayaan. Pada permenkes 290 Tahun 2008 Pasal 17, pelaksanaan tindakan kedokteran yang telah mendapat persetujuan menjadi tanggung jawab dokter atau dokter gigi yang melakukan tindakan kedokteran. Sarana pelayanan kesehatan bertanggung jawab terhadap pelaksanaan persetujuan tindakan kedokteran.

2. Aspek Hukum Perdata

Berkaitan dengan Hukum Perikatan yaitu dalam Pasal 1320 BW yang intinya harus ada kesepakatan antara kedua belah pihak yaitu dokter dan pasien. Ini berarti harus ada informasi yang cukup dari kedua belah pihak tersebut. Fungsi informasi :

a. Bagi Pasien :

- Sebagai dasar atas persetujuan/penolakan yang ia putuskan.
- Sebagai perlindungan atas hak pasien untuk menentukan diri sendiri.

b. Bagi Tenaga Kesehatan :

- Dapat membantu lancarnya tindakan
- Dapat mengurangi timbulnya efek samping
- Dapat mempercepat proses penyembuhan
- Dapat meningkatkan mutu layanan

3. Aspek Hukum Administrasi

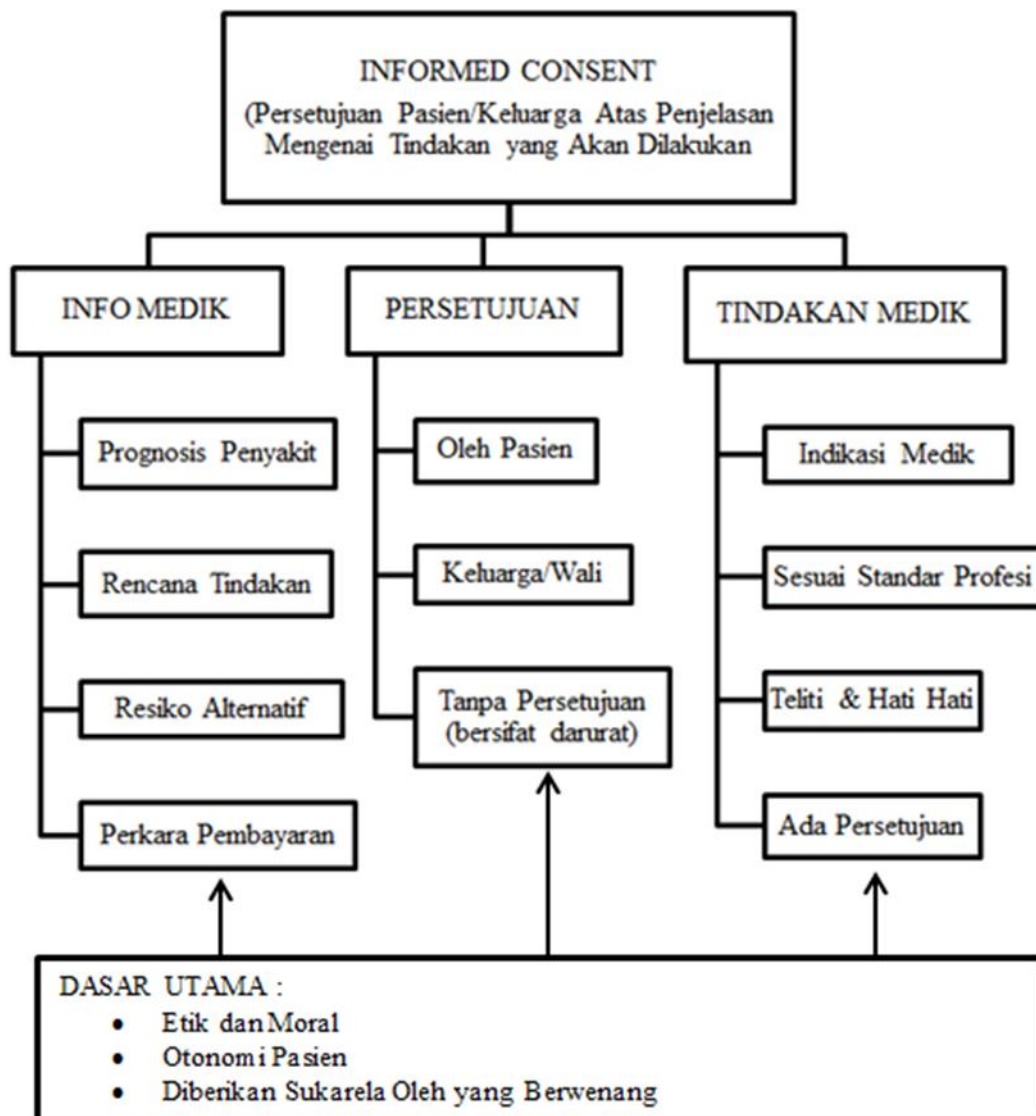
Sudah merupakan kebiasaan pada setiap rumah sakit untuk menyodorkan formulir persetujuan operasi, hal tersebut untuk keperluan administrasi rumah sakit sehingga wajib dilakukan. Pada uraian diatas peraturan terakhir mengenai Persetujuan Tindakan Kedokteran Permenkes 290 Tahun 2008, telah diuraikan panjang lebar tentang perlunya penjelasan atau informasi.

Menyadari bahwa tidak semua pasien dapat memahami informasi dari dokter, disamping kemungkinan pasien sendiri tidak mampu mengemukakan keuhannya karena keadaannya tidak memungkinkan, maka ada empat kelompok pasien yang tidak perlu mendapat informasi, yaitu :

- a. Pasien belum dewasa
- b. Pasien yang sakit tidak sehat akan sehatnya
- c. Pasien yang akan dirugikan jika mendengar informasi tersebut, misalnya karena :
lemah jantung sehingga membahayakan kesehatannya.

- d. Pasien yang akan menjalani pengobatan dengan “*placebo*” (obat palsu). *Placebo* merupakan senyawa farmakologis yang tidak aktif, yang digunakan sebagai obat untuk pembandingan atau sugesti (*sugestif – therapeuticum*)

Apabila pasien dalam keadaan tak sadar sehingga dokter tidak mungkin memberikan informasi, maka dokter dapat bertindak atau melakukan upaya medis tanpa seizin pasien sebagai tindakan berdasarkan *zaakwaarneming* atau perwakilan sukarela menurut Pasal 1354 BW. Skema *informed consent* dapat dilihat pada gambar dibawah ini.



BAB 4

UJI KOMPETENSI TENAGA KESEHATAN

A. PENGERTIAN UJI KOMPETENSI

Kompetensi adalah kemampuan seseorang tenaga kesehatan berdasarkan ilmu pengetahuan, keterampilan dan sikap profesional untuk dapat menjalankan praktik dan pekerjaan profesinya. Uji kompetensi adalah ujian yang dilaksanakan di akhir masa pendidikan tenaga kesehatan, sebelum melaksanakan sumpah profesi untuk menilai pencapaian kompetensi berdasarkan standar kompetensi dalam rangka memperoleh sertifikat kompetensi (Buku Pedoman Uji Kompetensi Kesehatan RI, 2011).

B. FUNGSI PELAKSANAAN UJI KOMPETENSI

Uji Kompetensi mempunyai peranan yang sangat penting untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia dan mengetahui taraf kemampuan Mahasiswa setelah melakukan proses belajar mengajar. Menurut Martarina (2005) pelaksanaan uji kompetensi berfungsi untuk menghasilkan suatu standar kompetensi mengenai kemampuan seseorang dalam :

1. Menjelaskan suatu tugas atau pekerjaan (keterampilan tugas yaitu, untuk kerja yang dipersyaratkan untuk menyelesaikan tugas dalam suatu kompetensi).
2. Mengorganisasikan tugas atau pekerjaan (keterangan pengaturan tugas yaitu, kemampuan mengatur atau mengorganisasikan tugas – tugas yang berada dalam suatu pekerjaan tersebut agar dapat dilaksanakan).
3. Memutuskan suatu pekerjaan yang harus dikerjakan bila terjadi sesuatu yang berbeda dengan rencana awal (keterampilan mengatasi keadaan yang tidak terduga yaitu kemampuan untuk menyelesaikan masalah atau pekerjaan yang berbeda dengan pekerjaan yang dilakukan).
4. Menggunakan kemampuan yang dimiliki untuk memecahkan masalah atau pekerjaan pada situasi yang berbeda (Keterampilan beradaptasi, yaitu kemampuan yang dibutuhkan untuk beradaptasi dengan lingkungan kerja orang lain).

C. PERSIAPAN UJI KOMPETENSI KESEHATAN

Menurut Kementrian Kesehatan RI (Buku Pedoman Uji kompetensi 2011), yaitu :

1. Peserta
 - a. Peserta uji kompetensi adalah peserta didik di perguruan tinggi bidang kesehatan yang mengikuti evaluasi akhir program pendidikan. Jenjang pendidikan peserta uji

kompetensi adalah Sarjana keperawatan Ners (S.Kep., Ners) Diploma 3 (D3), kecuali untuk Teknisi Tranfusi Darah Diploma 1 (D1). Khusus untuk tenaga keperawatan lulusan Strata 1 (Sarjana Keperawatan) tidak dilakukan uji kompetensi.

- b. Tenaga kesehatan lulusan sebelum tahun 2013 yang tidak menjalankan tugas profesinya serta tidak memiliki STR.
- c. Tenaga kesehatan – Warga Negara Asing (TK – WNI) lulusan perguruan luar negeri setelah mendapat rekomendasi dari OP dan telah melakukan adaptasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- d. Tenaga kesehatan – Warga Negara Indonesia (TK – WNI) lulusan perguruan luar negeri setelah mendapat rekomendasi dari OP dan telah melakukan adaptasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

2. Jadwal Uji

- a. Rancangan Jadwal Pelaksanaa (RJP)
 - 1) Pada setiap awal tahun akademik (tahun ajaran). MTKP bekerjasama dengan perguruan tinggi bidang kesehatan menyusun RJP uji kompetensi dalam tiga periode setiap tahun, yaitu periode April, Agustus, Nopember.
 - 2) RJP disusun dengan memperhatikan jumlah peserta uji dan jenis Tenaga kesehatan.
 - 3) RJP sebagaimana dilaporkan secara tertulis oleh MTKP kepada MTKI.
- b. Jadwal Pelaksanaan
 - 1) Dua (2) bulan sebelum dilakukannya uji kompetensi, perguruan tinggi bidang kesehatan menyampaikan permohonan kepada MTKI melalui MTKP.
 - 2) Jadwal pelaksanaan disusun dan ditetapkan oleh MTKI dengan memperhatikan jumlah tenaga uji dan jenis Tenaga kesehatan.
 - 3) Jadwal pelaksanaan diberitahukan kepada perguruan tinggi bidang kesehatan.
- c. Uji Kompetensi dilakukan pada hari dan jam kerja, dimulai serentak pada pukul 08.30 WIB/09.30 WITA/10.30 WIT.

3. Prosedur Pendaftaran

- a. Perguruan Tinggi (PT) bidang kesehatan menyampaikan permohonan dilakukannya uji kompetensi bagi peserta didiknya kepada MTKI melalui MTKP.
- b. TK – WNA dan WNI lulusan perguruan tinggi luar negeri, Tenaga kesehatan lulusan sebelum tahun 2013 yang tidak menjalankan tugas profesinya serta tidak memiliki STR yang akan mengikuti uji kompetensi wajib melapor ke MTKP untuk mengikuti program adaptasi di perguruan tinggi bidang kesehatan.
- c. Permohonan sekurang – kurangnya disertai informasi tentang perguruan tinggi bidang kesehatan dan daftar calon peserta sebagai berikut :
 - 1) Nama dan alamat perguruan tinggi
 - 2) Nama Fakultas/Jurusan/Program Studi/Peminatan.
 - 3) Ijin pendirian (perpanjangan) perguruan tinggi.
 - 4) Surat keputusan (SK) akreditasi perguruan tinggi.
 - 5) Tempat dan tanggal dilakukannya uji kompetensi.
 - 6) Identitas calon peserta meliputi :
 - a) Nama calon peserta uji
 - b) Tempat dan tanggal lahir
 - c) Jenis kelamin
 - d) Jenis tenaga kesehatan
 - e) Jenjang pendidikan
 - f) Perguruan Tinggi
 - 7) Tahun masuk perguruan tinggi bagi peserta uji.
 - 8) Uji kompetensi yang ke – berapa
- d. Pas foto calon peserta ukuran 4x6, sebanyak 2 (dua) lembar dengan latar belakang warna merah untuk membuat tanda pengenalan peserta uji (1 untuk cadangan).

4. Pengelolaan Soal Uji

- a. Setelah menerima permohonan uji kompetensi maka MTKI menyiapkan paket materi uji kompetensi, termasuk soal uji kompetensi.
- b. Soal uji akan digunakan untuk uji kompetensi disiapkan oleh tim yang ditetapkan oleh Ketua MTKI dan bekerjasama dengan lembaga pengembangan uji kompetensi Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi (Ditjen Dikti), Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan.

- c. Persiapan paket uji kompetensi meliputi soal uji dari Bank soal, *print out* (buku soal), dan lembar jawaban, memasukkan kedalam amplop/bungkusan khusus dan disegel; menyiapkan kunci jawaban dalam bungkusan dan disegel; dan persiapan berkas lainnya. Bungkusan I (soal uji dan petunjuk pengisian lembar jawaban), bungkusan II (lembar jawaban); serta bungkusan yang berisi berkas lainnya semuanya dimasukkan kedalam koper dan dikunci.
- d. Anggota MTKI atau petugas lain yang ditunjuk menyerahkan paket mater uji kompetensi kepada MTKP dengan berita acara yang . Bungkusan I dan bungkusan II dibuka dengan berita acara dan selanjutnya soal uji dan lembar jawaban digandakan sebanyak jumlah peserta ditambah 10% cadangan.
- e. Bagi provinsi yang memiliki jumlah peserta uji lebih dari 250 orang, soal digandakan provinsi tempat penyelenggara uji.
- f. Soal uji dan lembar jawaban hasil penggandaan dimasukkan kedalam bungkusan I dan II dan disegel kembali dan hanya dibuka dihadapan peserta uji dengan berita acara yang disiapkan oleh MTKI.
- g. Setelah selesai ujian, soal uji yang sudah digunakan (termasuk cadangan 10%) dibungkus, disegel dan dibuatkan berita acaranya. Selanjutnya untuk dimusnahkan dengan berita acara pemusnahan.
- h. Lembar jawaban dibungkus dan disegel untuk dikoreksi di MTKI dengan dibuatkan berita acara.
- i. Daftar hadir dibuat 2 (dua) rangkap, untuk MTKI dan MTKP.

5. Tempat Uji Kompetensi (TUK)

- a. Berdasarkan pasal 6 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1796/2011, TUK adalah di perguruan tinggi bidang kesehatan yang terakreditasi.
- b. Perguruan Tinggi terakreditasi yang akan ditetapkan sebagai TUK setidaknya memenuhi persyaratan sebagai berikut :
 - 1) Tersedia ruang yang layak/nyaman dan mampu menampung peserta uji sekurang – kurangnya untuk 50 orang.
 - 2) Tersedia meja – kursi yang layak/nyaman dan cukup jumlahnya.
 - 3) Tersedia sarana dan prasarana belajar – mengajar lainnya yang cukup untuk peserta uji dan pengawas.
- c. Bagi perguruan bidang kesehatan yang belum terakreditasi dapat mengikutsertakan peserta didiknya ke perguruan tinggi yang terakreditasi untuk

mengikuti uji kompetensi. MTKP dapat memberikan informasi dan memfasilitasi pengalihan peserta didik ke perguruan tinggi bidang kesehatan yang terakreditasi di wilayahnya.

6. Pengawas

- a. Setelah menerima permohonan uji kompetensi perguruan tinggi bidang kesehatan MTKI/MTKP menyiapkan pengawas, sebagai komponen Pelaksana Ujian.
- b. Persyaratan pengawas harus serendah – rendahnya memiliki jenjang pendidikan peserta uji, mampu melaksanakan tugas dengan baik dan sudah mengikuti arahan/*briefing* tentang uji kompetensi tenaga kesehatan.
- c. Pengawas dapat berasal dari MTKP, MTKI, OP Daerah/Pusat dan PT bidang kesehatan.
- d. Pengawas yang berasal dari MTKP, OP Daerah dan PT bidang kesehatan ditetapkan oleh ketua Mtkp. Sedangkan pengawas dari MTKI/OP Pusat ditetapkan oleh ketua MTKI.
- e. Pengawas, sebelum menjalankan tugas harus menandatangani surat pernyataan/janji pengawas bahwa dalam melaksanakan tugas pengawasan tersebut tidak akan melakukan kecurangan dan perbuatan tercela lainnya selaku pengawas. Pelanggaran pernyataan/perjanjian tersebut dapat dituntut di pengadilan. Surat pernyataan/ janji pengawas disiapkan oleh MTKP. Surat pernyataan/janji pengawas hanya berlaku untuk satu periode uji kompetensi.
- f. Rasio jumlah pengawas dan peserta uji adalah 1 pengawas berbanding 20 – 25 peserta uji, dengan ketentuan dalam satu ruangan minimal terdapat dua orang pengawas.
- g. Dalam menempatkan pengawas, MTKI/MTKP harus menghindari seorang pengawas melakukan tugas pengawasan terhadap profesi/perguruan tinggi yang bersangkutan.
- h. Dalam suatu pelaksanaan uji kompetensi MTKI/MTKP dapat menunjuk seorang pengawas menjadi kordinator pengawas.
- i. Penandatanganan surat pernyataan/janji Pengawas Uji Kompetensi.

7. Persiapan Administratif dan Teknis

- a. Sebelum uji kompetensi dilaksanakan, MTKI/MTKP melakukan persiapan administratif, teknis dan persiapan lapangan serta melakukan rapat persiapan pelaksanaan (*Technical Meeting*) dengan pengawas/panitian dan pihak lain terkait.
- b. Persiapan MTKI meliputi :
 - 1) Penyiapan persiapan penyegelan paket materi uji kompetensi.
 - 2) Penyiapan berita acara penyerahan paket materi uji kompetensi.
 - 3) Penyiapan berita acara pembukaan paket materi uji kompetensi.
 - 4) Penyiapan berita acara pembukaan bungkusan I yang berisi soal uji dan petunjuk pengisian lembar jawaban.
 - 5) Penyiapan bungkusan II yang berisi lembar jawaban.
 - 6) Penyiapan berita acara penyegelan bungkusan lembar jawaban dan daftar hadir peserta.
 - 7) Penyiapan berita acara penyegelan bungkusan soal uji yang sudah digunakan, termasuk cadangan.
 - 8) Penyiapan berita acara penyelenggaraan Uji kompetensi.
 - 9) Penyiapan berita acara penyerahan bungkusan soal uji yang sudah digunakan serta bungkusan lembar jawaban dan daftar hadir peserta dari pengawas/koordinator pengawas MTKP.
 - 10) Penyiapan berita acara pembukaan bungkusan yang berisi kunci jawaban.
 - 11) Penyiapan daftar hadir rapat standar setting.
 - 12) Penyiapan berita acara bungkusan daftar nilai peserta uji kompetensi.
 - 13) Penyiapan berita acara hasil rapat standar. Penentuan daftar hadir rapat penentuan kelulusan.
 - 14) Penyiapan hasil rapat penentuan kelulusan.
 - 15) Penyiapan tata tertib uji kompetensi.
- c. Persiapan di Provinsi meliputi :
 - 1) Penggandaan soal uji.
 - 2) Penyiapan tanda pengenal peserta uji yang ada fotonya. Tanda pengenal peserta uji diberikan kepada peserta paling lambat 2 hari sebelum uji kompetensi.
 - 3) Penyiapan tanda pengenal panitia/pengawas.
 - 4) Penyiapan daftar hadir peserta.
 - 5) Penyiapan daftar hadir rapat koreksi lembar jawaban.

- 6) Pernyiapan berita acara pembukaan segel bungkusan lembar jawaban dan daftar hadir peserta di dalam rapat koreksi.
 - 7) Pernyiapan berita acara hasil rapat koreksi lembar jawaban.
 - 8) Penyiapan daftar nilai peserta uji kompetensi.
 - 9) Pernyiapan berita acara penyegelan bungkusan daftar nilai peserta uji kompetensi.
 - 10) Pernyiapan berita acara penyerahan bungkusan daftar nilai peserta uji kompetensi kepada MTKI.
 - 11) Pernyiapan berita acara pemusnahan buku soal uji yang sudah digunakan.
- d. Dalam TM dijelaskan semua prosedur, tata cara dan pembagian tugas semua anggota pengawas dan panitia. Juga dibacakan tata tertib pengawas/panitia dan dibacakan surat pernyataan/janji pengawas.
 - e. Persiapan lapangan meliputi penyiapan TUK serta sarana dan prasarananya (meja – meja, pengeras suara bila diperlukan, peralatan belajar mengajar).
 - f. Beberapa hari sebelum pelaksanaan uji, MTKP melakukan peninjauan lapangan guna memastikan bahwa pelaksanaan uji kompetensi dapat berlangsung sesuai rencana dan aman serta semua komponen sudah siap sepenuhnya.

D. PELAKSANAAN UJI KOMPETENSI

Pelaksanaan uji kompetensi menurut Kementrian Kesehatan RI (Buku Pedoman Uji kompetensi 2011).

1. Pelaksanaan Uji
 - a. Uji kompetensi dilakukan setelah selesai pelaksanaan evaluasi akhir program dan sebelum yudisium diperguruan tinggi bidang kesehatan.
 - b. Lamanya waktu uji adalah 150 – 180 menit untuk 150 – 180 soal dalam bentuk MCQ *best answer*.
 - c. Peserta uji harus sudah berada dalam ruang uji paling lambat 15 (lima belas) menit sebelum ujian dimulai, dengan menunjukkan tanda pengenal peserta ujian yang sah.
 - d. Tempat duduk peserta uji disusun sedemikian rupa dengan jarak minimal satu meter ke kiri, ke kanan, ke depan, ke belakang, dengan nomor urut menjalar seperti permainan ular tangga. Apabila ruangan berbentuk teater, maka jarak antara tempat duduk ke arah belakang harus lebih dari satu meter.

- e. Alat tulis disediakan oleh peserta uji, lembar jawaban disediakan oleh MTKI.
- f. Sebelum uji kompetensi dimulai, anggota MTKI atau petugas lain yang ditunjuk membuka segel bungkusan I yang berisi buku soal dan petunjuk pengisian lembar jawaban, kemudian membuka bungkusan II yang berisi lembar jawaban disaksikan MTKP, pengawas/koordinator pengawas, dan saksi – saksi lain dari pihak perguruan tinggi. Pembukaan bungkusan I dan II dibuatkan berita acara yang ditanda tangani oleh pihak tertentu.
- g. Sebelum uji kompetensi dimulai, pengawas/koordinator pengawas membacakan dan menjelaskan tata tertib peserta uji. Peserta uji dapat meminta keterangan apabila penjelasan yang disampaikan [engawas kurang/tidak jelas, atau minta keterangan lain yang diperlukan.
- h. Peserta uji dan pengawas menandatangani daftar hadir. Daftar hadir peserta uji diedarkan oleh pengawas untuk menandatangani.
- i. Pengawas membagikan soal uji kompetensi dan lembar jawaban peserta uji. Lembar jawaban diselipkan di dalam soal uji dan diletakkan oleh pengawas dihadapan peserta uji dengan posisi telungkup.
- j. Pengawas memberitahukan kepada peserta uji saat dimulainya mengerjakan dan saat harus diakhiri.
- k. Selama ujian dilaksanakan peserta uji harus menjaga tata tertib yang ditetapkan oleh MTKI/MTKP dan pihak lain terkait dan tidak melakukan kegiatan yang dapat mengganggu peserta uji lainnya. Pelanggaran tata tertib dapat menyebabkan peserta uji didiskualifikasi.
- l. Selama uji kompetensi berlangsung peserta dilarang meninggalkan ruang uji kecuali untuk keperluan dan mendesak dan setelah mendapat izin pengawas. Peserta yang sudah selesai mengerjakan soal ujian, dilarang meninggalkan tempat sebelum waktu ujian selesai.
- m. Selama uji kompetensi dilaksanakan, pengawas melakukan pengawasan atau monitoring jalannya ujian. Hasil pengawasan/monitoring dilaporkan kepada MTKP, segera setelah ujian selesai dilaksanakan.
- n. Pada akhir ujian, lembar jawaban dan soal uji ditinggal di tempat duduk masing – masing peserta untuk selanjutnya dikumpulkan oleh pengawas.
- o. Lembar jawaban dan daftar hadir peserta dimasukkan kedalam bungkus tertutup dan disegel serta dibuatkan berita acara yang ditandatangani oleh MTKI atau petugas lain yang ditunjuk, MTKP, pengawas/koordinator pengawas. Soal uji

- (termasuk yang tidak digunakan atau cadangan). Dimasukkan kedalam bungkus tertutup dan disegel serta dibuatkan berita acara yang ditandatangani anggota MTKI atau petugas lain yang ditunjuk, MTKP, pengawas/koordinator pengawas.
- p. Sebelum lembar jawaban dan daftar hadir peserta dimasukkan kedalam bungkus tertutup dan disegel sebagaimana yang dimaksud pada butir o, pengawas harus menghitung untuk memastikan jumlah lembar jawaban sama dengan jumlah peserta uji yang menandatangani daftar hadir.
 - q. Sebelum soal uji (termasuk soal uji yang tidak digunakan atau cadangan) dimasukkan kedalam bungkus tertutup dan disegel sebagaimana yang dimaksud pada butir o, pengawas harus memastikan jumlah lembar jawaban sama dengan jumlah peserta uji yang menandatangani daftar hadir ditambah jumlah soal uji yang tidak digunakan atau cadangan 10%.
 - r. Soal uji yang telah digunakan seluruhnya dimusnahkan dan dibuat berita acaranya.

2. Rapat koreksi

- a. MTKI, setelah menerima bungkus lembar jawaban dan daftar hadir peserta harus segera menyelenggarakan rapat koreksi.
- b. Rapat koreksi dihadiri oleh sekurang – kurangnya (50% + 1) orang jumlah anggota MTKI dengan ketentuan salah seorang diantara peserta rapat harus berasal dari profesi yang dinilai.
- c. Rapat koreksi diselenggarakan dalam ruang tertutup dan tidak boleh dihadiri oleh siapapun kecuali oleh pihak yang telah ditentukan.
- d. Pimpinan rapat mempersilahkan petugas yang ditunjuk untuk membuka segel bungkus lembar jawaban dan daftar hadir peserta serta mencocokkan jumlah lembar jawaban sebagaimana tertulis dalam berita acara dan daftar hadir yang menyertainya dan membagikan kepada peserta rapat koreksi.
- e. Sebelum koreksi dimulai, korektor membuat *Coding* pada lembar jawaban menggantikan identitas peserta uji.
- f. Sebelum koreksi dimulai, korektor membuka kunci jawaban kepada peserta rapat koreksi.
- g. Koreksi lembar jawaban di dalam rapat koreksi dilakukan dengan menggunakan *Scanner*. Koreksi lembar jawaban dengan menggunakan *scanner* harus tetap menjamin kerahasiaan.

- h. Untuk menjamin keamanan berlangsungnya rapat koreksi, MTKI dapat minta bantuan pengamanan pada aparat keamanan.
- i. Hasil rapat koreksi dituangkan dalam daftar nilai peserta uji disertai keterangan nilai tertinggi/terendah, nilai rata – rata dan informasi lain yang dibutuhkan.
- j. Hasil rapat koreksi sebagaimana dimaksud butir i dibuatkan berita acaranya.

3. Rapat *Standard Setting*

- a. Standar *setting* ditentukan oleh MTKI.
- b. Dalam menentukan standar setting MTKI bekerjasama dengan *panel expert* di tingkat pusat yang terdiri dari komponen MTKI, Organisasi Profesi dan *Expert* dari perguruan tinggi berjumlah antara 5 – 7 orang.
- c. Hasil rapat *standard setting* digunakan sebagai dasar rapat penentuan kelulusan. Hasil rapat *standard setting* dibuat berita acaranya.

4. Rapat Penentuan Kelulusan

- a. Rapat penentuan kelulusan ditentukan oleh MTKI.
- b. Rapat penentuan kelulusan adalah rapat untuk menetapkan peserta uji lulus atau tidak lulus berdasarkan standard setting yang ditetapkan sebelumnya oleh MTKI.
- c. Hasil penentuan kelulusan dituangkan dalam daftar peserta lulus/tidak lulus uji kompetensi dan dibuat berita acaranya.
- d. Pengumuman kelulusan uji kompetensi disampaikan oleh MTKI kepada MTKP untuk diteruskan ke perguruan tinggi bidang kesehatan dan peserta uji. Pengumuman kelulusan oleh MTKI/MTKP dapat dilakukan melalui berbagai macam cara, termasuk penggunaan perangkat *Information Technology/IT*.
- e. Peserta uji kompetensi yang dinyatakan belum/tidak kompeten (tidak lulus uji kompetensi) masih tercatat sebagai peserta didik perguruan tinggi bidang kesehatan yang bersangkutan dan berhak mengikuti uji kompetensi ulang pada periode berikutnya.
- f. Peserta uji tidak lulus dapat mengikuti program remedial yang diselenggarakan oleh Perguruan tinggi untuk meningkatkan kemampuan keilmuan dan keterampilannya.

BAB 5

PERJANJIAN TERAPEUTIK

A. PENGERTIAN TERAPEUTIK

Perjanjian adalah salah satu sumber hubungan hukum perikatan yang diadakan oleh 2 (dua) orang atau lebih. Perjanjian yang terdapat dalam Pasal 1313 KUH Perdata secara umum menyebutkan bahwa suatu hubungan antara 2 (dua) orang yang membuatnya. Dilihat dari bentuknya perjanjian itu dapat berupa suatu perikatan yang mengandung janji – janji atau kesanggupan yang diucapkan atau ditulis.

Perjanjian adalah suatu perbuatan hukum dimana salah satu orang atau lebih mengingatkan dirinya terhadap satu orang lain atau lebih. Sedangkan menurut seorang pakar hukum Profesor Sudikno Mertokusumo, perjanjian adalah “Hubungan hukum antara dua pihak atau lebih berdasarkan kata sepakat untuk menimbulkan akibat hukum. Dua pihak itu sepakat untuk menentukan peraturan atau kaidah atau hak dan kewajiban yang mengingat mereka untuk ditaati dan dijalani. Kesepakatan ini adalah untuk menimbulkan perikatan. Akibat hukum, menimbulkan hak dan kewajiban dan kalau kesepakatan itu dilanggar maka masa ada akibatnya, si pelanggar dapat dikenakan akibat hukum atau sanksi”. Dengan demikian, perjanjian akan melahirkan hak dan kewajiban. Hak dan kewajiban merupakan perimbangan kekuasaan dalam bentuk hak individual di satu pihak yang tercermin dalam kewajiban pada pihak lawan.

Perjanjian adalah suatu peristiwa dimana seorang berjanji pada seorang lain atau dimana dua orang saling berjanji untuk melaksanakan sesuatu hal. Dari peristiwa itu timbullah suatu hubungan antara dua orang tersebut yang dinamakan perjanjian. Perjanjian tersebut menerbitkan suatu perikatan antara dua orang yang membuatnya. Perjanjian berupa suatu rangkaian perikatan yang mengandung janji – janji atas kesanggupan yang diucapkan atau ditulis. Dengan demikian, hubungan antara perikatan dan perjanjian adalah bahwa perjanjian tersebut menerbitkan perikatan.

Sementara itu, dalam teori klasik, perjanjian merupakan satu perbuatan hukum yang berisi dua sisi yaitu penawaran dan penerimaan. Namun, pada perkembangan selanjutnya, perjanjian tidak lagi dianggap sebagai satu perbuatan hukum yang berisi satu yaitu penawaran dan penerimaan yang menimbulkan akibat hukum.

B. JENIS – JENIS PERJANJIAN

Jenis – jenis perjanjian dibagi dalam lima jenis, yaitu :

1. Perjanjian Timbal balik dan Perjanjian Sepihak

Perjanjian Timbal Balik (*Bilateral Contract*) adalah perjanjian yang memberikan hak dan kewajiban kepada kedua belah pihak. Jenis perjanjian ini yang paling umum terjadi dalam kehidupan masyarakat. Perjanjian sepihak adalah perjanjian yang memberikan kewajiban kepada satu pihak dan hak kepada pihak lainnya. Pihak yang satu berkewajiban menyerahkan benda yang menjadi objek perikatan dan pihak lainnya berhak menerima benda yang diberikan itu.

2. Perjanjian Percuma dan Perjanjian dengan Atas Hak yang Membebani

Perjanjian percuma adalah perjanjian yang hanya memberikan keuntungan kepada satu pihak saja. Perjanjian dengan atas hak yang membebani adalah perjanjian dimana terdapat prestasi dari pihak yang satu dan selalu terdapat kontra prestasi dari pihak lainnya, sedangkan antara prestasi itu ada hubungannya menurut hukum.

3. Perjanjian Bernama dan Perjanjian Tidak Bernama

Perjanjian bernama adalah perjanjian yang mempunyai nama sendiri, yang dikelompokkan sebagai perjanjian khusus, dan jumlahnya terbatas. Sedangkan perjanjian tidak bernama adalah perjanjian yang tidak mempunyai nama tertentu dan jumlahnya tidak terbatas.

4. Perjanjian Kebendaan dan Perjanjian Obligatior

Perjanjian kebendaan adalah perjanjian untuk memindahkan hak milik dalam perjanjian jual beli. Perjanjian kebendaan ini sebagai pelaksanaan perjanjian obligatior.

Perjanjian obligatior adalah perjanjian yang menimbulkan perikatan, artinya sejak terjadinya perjanjian, timbullah hak dan kewajiban pihak – pihak. Pembeli berhak untuk menuntut penyerahan barang, penjual berhak atas pembayaran harga, pembeli berkewajiban untuk menyerahkan barang. Pentingnya pembedaan ini adalah untuk mengetahui apakah dalam perjanjian itu ada penyerahan (*leverning*) sebagai realisasi perjanjian dan penyerahan itu sah menurut hukum atau tidak.

5. Perjanjian Konsekual dan Perjanjian Real

Perjanjian konsekual adalah perjanjian yang timbul karena ada persetujuan kehendak antar pihak – pihak. Perjanjian real adalah perjanjian disamping ada persetujuan kehendak juga sekaligus harus ada penyerahan nyata dari barangnya.

C. UNSUR – UNSUR PERJANJIAN

Unsur – unsur yang tercantum dalam hukum perjanjian dapat dikategorikan sebagai berikut :

1. Adanya kaidah hukum

Kaidah dalam hukum perjanjian dapat terbagi menjadi dua macam, yakni tertulis dan tidak tertulis. Kaidah hukum perjanjian tertulis adalah kaidah – kaidah hukum yang terdapat di dalam peraturan perundang – undangan, traktat, dan yurisprudensi. Sedangkan kaidah hukum perjanjian tidak tertulis adalah kaidah – kaidah hukum yang timbul, tumbuh, dan hidup dalam masyarakat, seperti : jual beli lepas, jual beli tahunan, dan lain sebagainya.

Konsep – konsep hukum ini berasal dari hukum adat.

2. Subjek hukum

Istilah lain dari subjek hukum adalah *rechtperson*. *Rechtperson* diartikan sebagai pendukung hak dan kewajiban. Dalam hal ini yang menjadi subjek hukum dalam hukum kontrak adalah kreditur dan debitur. Kreditur adalah orang yang berpiutang, sedangkan debitur adalah orang yang berutang.

3. Adanya prestasi

Prestasi adalah apa yang menjadi hak kreditur dan kewajiban debitur. Suatu prestasi umumnya terdiri dari beberapa hal sebagai berikut : memberikan sesuatu, berbuat sesuatu, dan tidak berbuat sesuatu.

4. Kata sepakat

Di dalam Pasal 1320 KUHP ditentukan empat syarat sahnya perjanjian seperti dimaksud diatas, dimana salah satunya adalah kata sepakat (konsensus). Kesepakatan ialah persesuaian pernyataan kehendak antara para pihak.

5. Akibat hukum

Setiap perjanjian yang dibuat oleh para pihak akan menimbulkan akibat hukum. Akibat hukum adalah timbulnya hak dan kewajiban.

D. ASAS – ASAS HUKUM PERJANJIAN

Keberadaan suatu perjanjian tidak terlepas dari asas – asas yang mengikatnya. Fungsi asas hukum adalah sebagai pendukung bangunan hukum, menciptakan kepastian hukum didalam keseluruhan tertib hukum. Didalam hukum perjanjian terdapat 5 (lima) asas yang dikenal menurut ilmu hukum perdata, yaitu :

1. Asas Kebebasan Berkontrak (*freedom of contract*).

Asas kebebasan berkontrak dapat dianalisis dari ketentuan Pasal 1338 ayat (1) KUH Perdata, yang berbunyi : “Semua perjanjian yang dibuat secara sah berlaku sebagai undang – undang bagi mereka yang membuatnya.”

Asas ini merupakan suatu asas yang memberikan kebebasan kepada para pihak untuk :

- a. Membuat atau tidak membuat perjanjian
- b. Mengadakan perjanjian dengan siapapun;
- c. Menentukan isi perjanjian, pelaksanaan dan persyaratannya, serta
- d. Menentukan bentuk perjanjiannya apakah tertulis atau lisan.

2. Asas Konsensualisme (*Concensualism*)

Asas konsensualisme dapat disimpulkan dalam Pasal 1320 ayat (1) KUH Perdata. Pada pasal tersebut ditentukan bahwa salah satu syarat sahnya perjanjian adalah adanya kata kesepakatankedua belah pihak. Kesepakatan adalah persesuaian antara kehendak dan pernyataan yang dibuat oleh kedua belah pihak.

3. Asas Kepastian Hukum (*pacta sunt servanda*)

Asas kepastian hukum atau disebut juga dengan asas *pacta sunt servanda* merupakan asas yang berhubungan dengan akibat perjanjian. Asas *pacta sunt servanda* merupakan asas bahwa hakim atau pihak ketiga harus menghormati substansi kontrak yang dibuat oleh para pihak, sebagaimana layaknya sebuah undang – undang. Mereka tidak boleh melakukan intervensi terhadap substansi kontrak yang dibuat oleh para pihak. Asas *pacta sunt servanda* dapat disimpulkan dalam Pasal 1338 ayat (1) KUH Perdata.

4. Asas Itikad Baik (*good faith*)

Asas itikad baik tercantum dalam Pasal 1338 ayat (3) KUH Perdata yang berbunyi : “Perjanjian harus dilaksanakan dengan itikad baik.” Asas ini merupakan asas bahwa para pihak, yaitu pihak kreditur dan debitur harus melaksanakan substansi kontrak berdasarkan kepercayaan atau keyakinan yang teguh maupun kemauan baik dari para pihak. Asas itikad baik mutlak. Pada itikad yang pertama, seseorang memperhatikan sikap dan tingkah laku yang nyata dari subjek. Pada itikad yang kedua, penilaian terletak pada akal sehat dan keadilan serta dibuat ukuran yang obyektif untuk menilai keadaan (penilaian tidak memihak) menurut norma – norma yang obyektif.

5. Asas Kepribadian (*personality*)

Asas kepribadian merupakan asas yang menentukan bahwa seseorang yang akan melakukan dan/atau membuat kontrak hanya untuk kepentingan perseorangan

saja. Hal ini dapat dilihat dalam Pasal 1315 dan Pasal 1340 KUH Perdata. Pasal 1315 KUH Perdata menegaskan : “Pada umumnya seseorang tidak dapat mengadakan perikatan atau perjanjian selain untuk dirinya sendiri.” Inti ketentuan ini sudah jelas bahwa untuk mengadakan suatu perjanjian, orang tersebut harus untuk kepentingan dirinya sendiri. Pasal 1340 KUH Perdata berbunyi : “Perjanjian hanya berlaku antara pihak yang membuatnya.” Hal ini mengandung maksud bahwa perjanjian yang dibuat oleh para pihak hanya berlaku. Namun demikian, ketentuan itu terdapat pengecualiannya sebagaimana diinfridusir dalam Pasal 1317 KUH Perdata yang menyatakan : “Dapat pula perjanjian yang dibuat untuk diri sendiri, atau suatu pemberian kepada orang lain, mengandung suatu syarat semacam itu.”

E. SYARAT SAH PERJANJIAN

Suatu perjanjian akan mengikat para pihak yang menyusunnya apabila perjanjian itu dibuat secara sah sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Pasal 1320 KUH Perdata menyatakan bahwa untuk sahnya suatu perjanjian diperlukan empat syarat, yaitu : 1) Kesepakatan mereka yang mengingatkan dirinya, 2) Kecakapan untuk membuat suatu perikatan, 3) suatu pokok persoalan tertentu, 4) suatu sebab yang tidak terlarang (halal).

1. Kesepakatan mereka yang mengingatkan dirinya

Kesepakatan dalam perjanjian merupakan perwujudan dari kehendak dua atau lebih pihak dalam perjanjian mengenai apa yang mereka kehendaki untuk dilaksanakan, bagaimana cara melaksanakannya, kapan harus dilaksanakan, dan siapa yang harus melaksanakan.

Pada dasarnya sebelum para pihak sampai pada kesepakatan mengenai hal – hal tersebut, maka salah satu atau lebih pihak dalam perjanjian tersebut akan menyampaikan terlebih dahulu suatu bentuk pernyataan mengenai apa yang dikehendaki oleh pihak tersebut dengan segala macam persyaratan yang mungkin dan diperkenankan oleh hukum untuk disepakati oleh para pihak. Pernyataan yang disampaikan tersebut dikenal dengan nama penawaran. Jadi penawaran itu berisikan kehendak dari salah satu pihak dalam perjanjian, yang disampaikan kepada lawan pihaknya, untuk memperoleh persetujuan dari lawan pihaknya.

Pihak lawan dari pihak yang melakukan penawaran selanjutnya harus menentukan apakah ia menerima penawaran yang disampaikan, apabila ia menerima maka tercapailah kesepakatan tersebut. Sedangkan jika ia tidak menyetujui, maka dapat saja ia mengajukan penawaran balik, yang memuat ketentuan – ketentuan yang dianggap dapat ia penuhi atau yang sesuai dengan kehendaknya yang dapat diterima atau dilaksanakan olehnya.

Dalam hal terjadi demikian maka kesepakatan dikatakan belum tercapai. Keadaan tawar menawar ini akan terus berlanjut hingga pada akhirnya kedua belah pihak mencapai kesepakatan mengenai hal – hal yang harus dipenuhi dan dilaksanakan oleh para pihak dalam perjanjian tersebut. Saat penerimaan paling akhir dari pihak dari serangkaian penawaran adalah saat tercapainya kesepakatan. Hal ini dipedomani untuk perjanjian konsensual dimana kesepakatan dianggap terjadi pada saat penerimaan dari penawaran yang disampaikan terakhir.

Dalam perjanjian konsensual tersebut di atas, secara prinsip telah diterima bahwa saat tercapainya kesepakatan adalah saat penerimaan dari penawaran terakhir disampaikan. Hal tersebut secara mudah dapat ditemui jika para pihak yang melakukan penawaran dan permintaan bertemu secara fisik, sehingga masing – masing pihak mengetahui secara pasti kapan penawaran yang disampaikan olehnya diterima dan disetujui oleh lawan pihaknya.

2. Kecakapan untuk membuat suatu perikatan,

Pasal 1329 KUHPerdara menyebutkan bahwa setiap orang adalah cakap untuk membuat perikatan – perikatan jika oleh undang – undang tidak dinyatakan tidak cakap. Pasal 1330 KUHPerdara lebih lanjut menyatakan bahwa semua orang berwenang untuk membuat kontrak kecuali mereka yang masuk ke dalam golongan yaitu : a) Orang yang belum dewasa, b) Orang yang ditempatkan di bawah pengampunan, c) Wanita bersuami, d) Orang yang dilarang oleh undang – undang untuk melakukan perbuatan tertentu.

Konsekuensi yuridis jika ada dari para pihak dalam perjanjian yang ternyata tidak cakap berbuat adalah :

- a. Jika perjanjian tersebut dilakukan oleh anak yang belum dewasa, maka perjanjian tersebut batal demi hukum atas permintaan dari anak yang belum dewasa, semata – mata karena alasan kebelumdewasaannya.

- b. Jika perjanjian tersebut, dilakukan oleh orang yang berada di bawah pengampunan, maka perjanjian tersebut batal demi hukum atas permintaan dari orang dibawah pengampunan, semata – mata karena keberadaannya di bawah pengampunan tersebut.
- c. Terhadap perjanjian yang dibuat wanita yang bersuami hanyalah batal demi hukum sekedar perjanjian tersebut melampaui kekuasaan mereka.
- d. Terhadap perjanjian yang dibuat oleh anak di bawah umur yang telah mendapatkan status disamakan dengan orang dewasa hanyalah batal demi hukum sekedar kontrak tersebut melampaui kekuasaan mereka.
- e. Terhadap perjanjian yang dibuat oleh orang yang dilarang oleh undang – undang untuk melakukan perbuatan hukum tertentu, maka mereka dapat menuntut pembatalan perjanjian tersebut, kecuali ditentukan lain oleh undang – undang.

Apabila perjanjian yang dibuat oleh pihak yang tidak cukup berbuat tersebut kemudian menjadi batal, maka para pihak haruslah menempatkan seolah – olah perjanjian tersebut tidak pernah ada. Jadi setiap prestasi yang telah diberikan harus dikembalikan atau dinilai secara wajar.

3. Suatu pokok persoalan tertentu,

Suatu perjanjian harus mempunyai obyek suatu barang yang paling sedikit ditentukan jenisnya, sedangkan mengenai jumlahnya dapat tidak ditentukan pada waktu dibuat perjanjian asalkan nanti dapat dihitung atau ditentukan jumlahnya (Pasal 1333 KUHPerduta).

4. Suatu sebab yang tidak terlarang (halal).

Syarat ini merupakan mekanisme netralisasi, yaitu sarana untuk menetralsir terhadap prinsip hukum perjanjian yang lain yaitu prinsip kebebasan berkontrak. Prinsip mana dalam KUHPerduta ada dalam Pasal 1338 ayat (1) yang pada intinya menyatakan bahwa semua perjanjian yang dibuat secara sah memiliki kekuatan yang sama dengan undang – undang.

F. TRANSAKSI TERAPEUTIK

Perjanjian merupakan hubungan timbak balik yang dihasilkan melalui komunikasi, sedangkan terapeutik diartikan sebagai sesuatu yang mengandung unsur dan nilai pengobatan. Secara yuridis perjanjian terapeutik diartikan sebagai sesuatu yang mengandung unsur atau nilai pengobatan. Secara yuridis, perjanjian terapeutik diartikan sebagai hubungan hukum antara tenaga kesehatan dengan pasien dalam pelayanan medis secara profesional

didasarkan kompetensi yang sesuai dengan keahlian dan keterampilan tertentu di bidang kesehatan.

Menurut seorang pakar hukum H.H. Koeswadji, transaksi terapeutik adalah perjanjian (*Verbinten*) untuk mencari atau menentukan terapi yang paling tepat bagi pasien oleh dokter dan tenaga kesehatan. Sedangkan menurut, Veronica Komalawati, transaksi terapeutik adalah hubungan hukum antara dokter (tenaga kesehatan) dan pasien dalam pelayanan medis secara profesional, didasarkan kompetensi yang sesuai dengan keahlian dan keterampilan tertentu di bidang kedokteran.

Didasarkan Mukadimah Kode Etik Kedokteran Indonesia yang dilampirkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan R.I. Nomor : 434/MEN.KES/X/1983 Tentang Berlakunya Kode Etik Kedokteran Indonesia Bagi Para Dokter di Indonesia, maka yang dimaksud dengan transaksi terapeutik adalah hubungan antara dokter dan penderita yang dilakukan dalam suasana saling percaya (*konfidensial*), serta senantiasa diliputi oleh segala emosi, harapan, dan kekhawatiran makhluk insani. transaksi terapeutik merupakan hubungan antara dua subjek hukum yang saling mengikatkan diri didasarkan sikap saling percaya.

Perjanjian Terapeutik juga disebut dengan kontrak terapeutik yang merupakan kontrak yang dikenal dalam bidang pelayanan kesehatan. Kontrak atau perjanjian terapeutik merupakan upaya maksimal yang dilakukan oleh dokter dan tenaga kesehatan untuk menyembuhkan pasien (*inspaningsverbinten*) dan jarang merupakan kontrak yang sudah pasti (*Resultatsverbinten*). Perjanjian Terapeutik tersebut disamakan *inspaningsverbinten* karena dalam kontrak ini dokter dan tenaga kesehatan hanya berusaha untuk menyembuhkan pasien dan upaya yang dilakukan belum tentu berhasil.

G. DASAR HUKUM TERJADINYA TRANSAKSI TERAPEUTIK

Perikatan dapat timbul baik karena perjanjian mauoun karena undang – undang. Demikian pula halnya transaksi atau perjanjian tersebut. Karena pada hakikatnya transaksksi atau perjanjian terapeutik itu sendiri merupakan suatu perikatan, yaitu hubungan hukum yang terjadi antara dokter (tenaga kesehatan) dan pasien dalam pelayanan medis. Dan kedua sumber perikatan tersebut tidak perlu dipertentangkan, namun cukup dibedakan karena sesungguhnya keduanya saling melengkapi dan diperlukan untuk menganalisis hubungan hukum yang timbul dari transaksi atau perjanjian terapeutik.

Ketentuan mengenai perjanjian diatur dalam buku KUH Perdata Bab II sebagaimana yang tersebut dalam Pasal 1313 KUH Perdata yang menyatakan bahwa suatu persetujuan adalah “*suatu perbuatan dengan mana satu orang atau lebih mengikatkan dirinya terhadap 1 (satu) orang lain atau lebih*”. Ikatan tersebut jelas ada dalam hubungan antara dokter dan tenaga kesehatan dengan pasien yang disebut dengan perjanjian terapeutik atau perjanjian penyembuhan.

perjanjian terapeutik juga dikategorikan sebagai perjanjian untuk melakukan suatu pekerjaan sebagaimana diatur dalam Pasal 1601 Bab 7A Buku III KUH Perdata, maka dapat dikategorikan bahwa perjanjian terapeutik adalah termasuk jenis perjanjian untuk melakukan jasa yang diatur dalam ketentuan khusus. Selain itu jika dilihat ciri yang dimilikinya yaitu pemberian pertolongan yang dapat dikategorikan sebagai pengurusan urusan orang lain (*Zaakwaarneming*) yang diatur dalam pasal 1354 KUH Perdata maka transaksi terapeutik merupakan perjanjian *sui generis* (faktual).

Transaksi atau perjanjian merupakan hubungan hukum antara 2 (dua) subjek hukum yang saling mengikatkan diri didasarkan atas sikap saling percaya. Di dalam perjanjian terapeutik sikap saling percaya akan tumbuh apabila antara dokter (tenaga kesehatan) dan pasien terjalin komunikasi yang saling terbuka, karena masing – masing akan saling memberikan informasi atau keterangan yang diperlukan bagi terlaksananya kerjasama yang baik dan tercapainya tujuan transaksi atau perjanjian terapeutik yaitu kesembuhan pasien.

H. UNSUR – UNSUR PERJANJIAN TERAPEUTIK

Perjanjian terapeutik adalah perikatan yang dilakukan antara dokter dan tenaga kesehatan dengan pasien, berupa hubungan hukum yang melahirkan hak dan kewajiban bagi kedua belah pihak. Berbeda dengan perjanjian pada umumnya, perjanjian terapeutik memiliki sifat dan ciri – ciri khusus yang berbeda dengan perjanjian pada umumnya. Dalam suatu perjanjian terapeutik sebagaimana dicantumkan dalam deklarasi *Helsinki* yang penyusunannya berpedoman pada *The Nuremberg Code* yang semula disebut persetujuan sukarela, dikemukakan mengenai 4 (empat) syarat sahnya persetujuan yang harus diberikan secara sukarela, yaitu : 1) Persetujuan harus diberikan secara sukarela, 2) diberikan oleh yang berwenang dalam hukum, 3) diberitahukan; dan 4) dipahami.

Dibutuhkan persetujuan dalam upaya penyembuhan terutama untuk melindungi kepentingan pasien. Pada saat pasien melakukan konsultasi, keempat hal persetujuan tersebut diperlukan karena bentuk persetujuan pasien hanya dalam bentuk lisan sehingga kesepakatan yang terjadi merupakan kesepakatan dalam bentuk abstrak, dan pada saat dokter dan tenaga kesehatan melakukan terapi maka persetujuan pasien yang abstrak berubah menjadi suatu persetujuan yang konkrit. Sehingga apabila setelah proses pengobatan terjadi hal – hal yang merugikan pasien, dimana dokter dan tenaga kesehatan tidak melakukan keempat langkah diatas, maka pasien akan sulit untuk meminta pertanggung jawaban dari dokter dan tenaga kesehatan.

I. SYARAT SAH TRANSAKSI TERAPEUTIK

Didalam membuat suatu perjanjian para pihak harus memenuhi ketentuan Pasal 1320 KUH Perdata tentang syarat sahnya suatu perjanjian yaitu 1) adanya kata sepakat diantara para pihak, 2) kecakapan para pihak dalam hukum, 3) suatu hal tertentu, 4) kausa yang halal.

Dalam perjanjian diperlukan kata sepakat, sebagai langkah awal sahnya suatu perjanjian. Hal ini sesuai dengan Pasal 1313 KUHPerdata yang menyebutkan bahwa “*suatu persetujuan adalah suatu perbuatan dengan mana satu orang atau lebih mengikatkan dirinya terhadap satu dua orang atau lebih*”. Oleh karena itu, perjanjian terapeutik dinyatakan sah apabila sebelumnya dokter dan tenaga kesehatan telah sepakat terlebih dahulu.

Perjanjian terapeutik harus dilakukan oleh orang – orang yang cakap. Pihak penerima pelayanan medis adalah dokter dan tenaga kesehatan. Kecakapan harus datang dari kedua belah pihak yang memberikan pelayanan maupun yang memerlukan pelayanan. Pasal 1330 KUH Perdata menyebutkan bahwa kriteria orang – orang yang tidak cakap untuk membuat Perjanjian menurut undang – undang adalah :

- a. Orang yang belum dewasa
- b. Mereka yang ditaruh dibawah pengampuan
- c. Orang perempuan dalam hal – hal yang ditetapkan oleh undang – undang telah melarang membuat perjanjian – perjanjian tertentu.

Dalam perjanjian terapeutik, pihak penerima layanan medis terdiri dari orang dewasa yang cakap untuk bertindak yang memerlukan persetujuan dari pengampunya, anak yang berada dibawah umur, tetapi telah dianggap dewasa atau matang, anak dibawah umur yang memerlukan persetujuan dari orang tua atau walinya.

Perjanjian terapeutik atau perjanjian penyembuhan adalah suatu perjanjian yang objeknya berupa pelayanan medis atau upaya penyembuhan. Sebab yang halal sebagaimana dimaksud dalam perjanjian terapeutik adalah dimana upaya penyembuhan (terapeutik), tujuan daripada upaya penyembuhan adalah pemeliharaan dan peningkatan kesehatan yang berorientasi atas asas kekeluargaan, mencakup kegiatan peningkatan kualitas kesehatan (*promotifi*), pencegahan penyakit (*preventif*), penyembuhan penyakit (*kuratif*), dan pemulihan kesehatan (*rehabilitatif*).

Lebih lanjut, ada satu faktor utama yang harus dimiliki oleh para pihak yaitu adanya suatu itikad baik dari masing – masing pihak untuk melaksanakan perjanjian. Asas tentang itikad baik itu diatur didalam Pasal 1338 ayat 3 KUHPerdata yang berbunyi : “Suatu Perjanjian harus dilaksanakan dengan itikad baik”.

Pada umumnya, perjanjian atau kontrak telah diterima sebagai sumber dari hubungan antara dokter (tenaga kesehatan) dan pasien, sehingga transaksi terapeutik disebut pula dengan istilah Perjanjian atau Kontrak Terapeutik. Akan tetapi dengan semakin meningkatnyakepekaan terhadap martabat manusia, maka penataan hubungan antar manusia, termasuk hubungan yang timbul dari *transaskis terapeutik* juga dihubungkan dengan hak manusia.

Hal ini terbukti dari pengakuan secara universal, bahwa perjanjian terapeutik (*transaski terapeutik*) bertumpu pada 2 (dua) macam hak asasi, yaitu hak untuk menentukan nasib sendiri (*the right to self determination*), dan hak untuk mendapatkan informasi (*the right to information*). Didasarkan kedua hak tersebut, maka dalam menentukan tindakan medis yang akan dilakukan oleh dokter terhadap pasien, harus ada *informed consent* (persetujuan yang didasarkan atas informasi atau penjelasan), yang di Indonesia diterjemahkan sebagai persetujuan tindakan medis.

J. PARA PIHAK DALAM PERJANJIAN TERAPEUTIK

Objek perjanjian terapeutik adalah pelayanan medis atau upaya penyembuhan. Menurut Permenkes RI No. 585/Men.Kes/Per/IX/1989 menyebutkan bahwa pelayanan medis/tindakan medis adalah tindakan yang dilakukan terhadap pasien yang berupa tindakan diagnostik atau terapeutik. Dari batasan itu dapat dipahami bahwa 1) tindakan medis yang berupa diagnostik dan terapeutik itu adalah tindakan yang hanya dapat dilakukan oleh tenaga

medis dalam hal ini meliputi dokter, bidan dan perawat, 2) tindakan itu dilakukan terhadap pasien.

Untuk mengetahui lebih jelas mengenai para pihak yang terlibat dalam suatu transaksi/perjanjian terapeutik, dapat dilihat pada uraian berikut :

1. Dokter dan tenaga kesehatan

Menurut Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan Pasal 1 ayat 1, yang dimaksud dengan tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. Lebih lanjut pada pasal 2 ayat (1) disebutkan tenaga kesehatan terdiri dari :

- a. Tenaga medis;
- b. Tenaga keperawatan;
- c. Tenaga kefarmasian;
- d. Tenaga kesehatan masyarakat;
- e. Tenaga gizi;
- f. Tenaga keterampilan fisik;
- g. Tenaga keteknisian medis

2. Pasien

Pasien adalah merupakan orang sakit yang dirawat oleh dokter dan tenaga kesehatan lainnya ditempat praktek atau rumah sakit. Pasien adalah merupakan orang yang menjadi fokus ataupun sasaran dalam usaha – usaha penyembuhan yang dilakukan oleh dokter dan tenaga kesehatan lainnya.

Sebagai subjek hukum, pasien mempunyai hak dan kewajiban yang harus dipahami oleh pasien, dokter maupun rumah sakit demi tercapainya tujuan upaya kesehatan.

3. Rumah Sakit

Rumah sakit dapat diartikan sebagai sarana pelayanan kesehatan. Selain itu, rumah sakit juga dapat merupakan suatu tempat bagi tenaga medis berkumpul atau lokasi konsentrasi berbagai tenaga ahli atau padat karya dan juga merupakan lembaga padat moral, padat teknologi dan padat waktu.

Rumah sakit merupakan pusat pelayanan medis atau juga pelayanan kesehatan, dan untuk terselenggaranya pelayanan medis yang baik, banyak syarat yang harus dipenuhi, mencakup 8 (delapan) hal pokok, yaitu tersedia (*available*), wajar (*appropriate*), berkesinambungan (*continue*), dapat diterima (*acceptable*) dapat dicapai (*accessible*), dapat dijangkau (*affordable*), efisien (*efficient*), dan bermutu (*quality*).

K. BERAKHIRNYA TRANSAKSI TERAPEUTIK

Untuk menentukan kapan berakhirnya hubungan dokter (tenaga kesehatan) – pasien sangatlah penting, karena segala hak dan kewajiban dokter dan tenaga kesehatan juga akan ikut berakhir. Dengan berakhirnya hubungan ini, maka akan menimbulkan kewajiban bagi pasien untuk membayar pelayanan pengobatan yang diberikannya. Berakhirnya hubungan ini dapat disebabkan karena :

1. Sembuhnya pasien

Kesembuhan pasien dari keadaan sakitnya dan menganggap dokter atau tenaga kesehatan sudah tidak diperlukan lagi untuk mengobati penyakitnya dan pasien maupun keluarganya sudah menganggap bahwa penyakit yang dideritanya sudah benar – benar sembuh, maka pasien dapat mengakhiri hubungan transaksi terapeutik dengan dokter atau lembaga kesehatan yang merawatnya.

2. Dokter (tenaga kesehatan) mengundurkan diri

Seorang dokter (tenaga kesehatan) boleh mengundurkan diri dari hubungan dokter (tenaga kesehatan) – pasien dengan alasan sebagai berikut ini :

- a. Pasien menyetujui pengunduran diri tersebut.
- b. Kepada pasien diberi waktu dan informasi yang cukup, sehingga ia bisa memperoleh pengobatan dari dokter (tenaga kesehatan lain).
- c. Karena dokter merekomendasikan kepada dokter lain yang sama kompetisinya untuk menggantikan dokter semula itu dengan persetujuan pasiennya.
- d. Karena dokter tersebut merekomendasikan (merujuk) kedokter lain atau Rumah Sakit lain yang lebih ahli dengan fasilitas yang lebih baik dan lengkap.

3. Pengakhiran oleh pasien

Pengakhiran oleh pasien adalah hak pasien untuk menentukan pilihannya akan meneruskan pengobatan dengan dokternya atau memilih pindah kedokter lain atau Rumah Sakit lain. Dalam hal ini sepenuhnya terserah pasien karena kesembuhan dirinya juga merupakan tanggung jawabnya sendiri.

4. Meninggalnya pasien
5. Sudah selesai kewajiban dokter atau tenaga kesehatan seperti ditentukan di dalam kontrak.
6. Di dalam kasus gawat darurat, apabila dokter atau tenaga kesehatan yang mengobati atau dokter (tenaga kesehatan) pilihan pasien sudah datang, atau terdapat penghentian keadaan kegawatdaruratan.
7. Lewat jangka waktu, apabila kontrak medis itu ditentukan untuk jangka waktu tertentu.
8. Persetujuan kedua belah pihak antar dokter (tenaga kesehatan) dan pasiennya bahwa hubungan tersebut itu sudah diakhiri.

BAB 6

ETIKA PENELITIAN KESEHATAN

A. PENDAHULUAN

Penelitian adalah kegiatan untuk memperoleh informasi atau penjelasan tentang fenomena alam atau sosial, yang direncanakan secara sistematis dengan metode atau cara – cara tertentu. Dari batasan ini jelas, bahwa dalam kegiatan penelitian ada dua belah pihak yang berkepentingan. Pihak pertama adalah pihak yang ingin memperoleh informasi atau penjelasan, yakni sipeneliti dan pihak yang kedua adalah pemberi informasi atau pemberi penjelasan adalah masyarakat atau responden sebagai pihak yang diteliti. Dalam hubungan antara pihak yang pertama (peneliti) dengan pihak yang kedua (masyarakat yang diteliti) sudah barang tentu masing – masing mempunyai hak dan kewajiban yang disepakati bersama. Hubungan inilah yang perlu diatur dalam etika penelitian. Etika penelitian bukan sekedar hubungan perilaku antara pihak peneliti dengan pihak yang diteliti, tetapi juga pemanfaatan hasil penelitian tersebut bagi masyarakat. Karena sebuah penelitian secara etis harus mempunyai asas kemanfaatan bukan saja bagi ilmu tetapi juga bagi masyarakat.

Penelitian disamping sebagai bagian dari proses pengembangan ilmu, tetapi hasil suatu penelitian juga merupakan produk ilmu itu sendiri. Hasil sebuah penelitian sebagai produk ilmu mempunyai fungsi ganda, yakni:

1. Fungsi Akademik (Teoritis)

Sebuah penelitian seberapa kecil pun harus mempunyai fungsi akademik atau teoritis. Artinya, hasil atau temuan sebuah penelitian jenis apapun dengan metode apa pun pada hakikatnya adalah merupakan temuan akademik, yang berarti merupakan kontribusi teoritis bagi pengembangan ilmu yang bersangkutan. Penelitian dibidang kesehatan hasilnya jelas secara akademik. Merupakan sumbangan dan pencerahan ilmu kesehatan. Dengan perkataan lain, hasil atau temuan sebuah penelitian apapun juga merupakan tambahan khasanah ilmu pengetahuan.

2. Fungsi Terapan (Aplikatif)

Ilmu pengetahuan mempunyai aspek teori dan aspek aplikatif atau penerapannya bagi kesejahteraan umat manusia atau masyarakat. Demikian pula kesehatan masyarakat adalah ilmu (*science*) dan seni (*art*). Oleh sebab itu, sebuah penelitian bukan sekedar membuktikan teori baru, tetapi juga harus mempunyai manfaat bagi peningkatan program kesejahteraan masyarakat, utamanya program kesehatan masyarakat. Hal ini dimaksudkan bahwa hasil atau temuan sebuah penelitian, disamping menambah khasanah ilmu pengetahuan seperti

disebutkan diatas, juga dapat merupakan masukan bagi pengembangan program – program, khususnya program kesehatan masyarakat. Inilah yang dimaksud bahwa penelitian itu juga mempunyai fungsi terapan atau aplikatif, disamping fungsi teoritis. Hasil sebuah penelitian, meskipun menemukan teori yang muluk – muluk, tetapi tidak dapat digunakan untuk kepentingan masyarakat yakni perbaikan program kesejahteraan masyarakat, maka dapat dikatakan penelitian ini tidak mempunyai fungsi terapan. Dapat disimpulkan penelitian merupakan sarana atau cara untuk memperoleh masukan atau *input* bagi perencanaan atau pengembangan program atau alternatif pemecahan masalah.

Dari uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa penelitian harus dapat memenuhi dua fungsi atau peranan ini: pengembangan ilmu dan pengembangan kesejahteraan masyarakat. Apabila tidak memenuhi salah satu fungsi tersebut, apalagi kedua – duanya, maka penelitian tersebut dikatakan penelitian yang tidak etis, karena mengingkari hakikat penelitian itu sendiri.

Penelitian kesehatan secara garis besarnya dikelompokkan menjadi dua, sesuai dengan ruang lingkup masalah kesehatan yakni masalah:

1. Pencegahan penyakit (preventif) dan peningkatan kesehatan (promotif) adalah bidang kesehatan masyarakat.
2. Penyembuhan penyakit (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif) adalah bidang kedokteran.

Oleh sebab itu, penelitian kesehatan secara umum juga dikelompokkan menjadi dua, yakni penelitian – penelitian yang terkait dengan pencegahan dan peningkatan kesehatan, termasuk dalam kelompok penelitian kesehatan masyarakat. Sedangkan penelitian – penelitian yang terkait dengan penyembuhan dan pemulihan kesehatan termasuk dalam kelompok penelitian kedokteran atau lebih spesifik lagi menggunakan istilah “penelitian biomedis”. Dengan demikian, apabila kita menceritakan masalah etika penelitian kesehatan, hendaknya dibedakan antara penelitian kesehatan masyarakat dan penelitian kedokteran (khususnya penelitian biomedis). Karena implikasi etik kedua penelitian ini berbeda, karena subjeknya penelitiannya juga berbeda. Maka dari itu, etika penelitian kesehatan juga dikelompokkan menjadi dua, yakni:

a. Etika Penelitian Kesehatan Masyarakat

Penelitian kesehatan masyarakat pada umumnya subjek penelitiannya adalah orang yang sehat. Oleh sebab itu, etika penelitian kesehatan masyarakat menyangkut hubungan antara penelitian dengan subjek orang yang sehat.

b. Etika Penelitian Kedokteran (Biomedis)

Penelitian kedokteran atau penelitian biomedis, subjek penelitiannya adalah orang yang sakit (pasien), dan menyangkut hidup dan matinya seseorang atau pasien. Sehingga etika penelitian biomedis terkait dengan hubungan antara peneliti yang pada umumnya dokter dengan orang yang sakit atau pasien.

Dalam bab ini akan dibahas tentang etika pada dua bidang kesehatan masyarakat dan etika penelitian biomedis.

B. ETIKA PENELITIAN KESEHATAN MASYARAKAT

Penelitian kesehatan masyarakat pada umumnya menggunakan manusia sebagai objek yang diteliti di satu sisi, dan sisi yang lain manusia sebagai peneliti atau yang melakukan penelitian. Hal ini berarti bahwa ada hubungan timbal balik antara manusia sebagai peneliti dan manusia sebagai yang diteliti yang perlu dipertimbangkan. Oleh sebab itu, sesuai dengan prinsip etika maka dalam hubungan antara kedua belah pihak ini secara etis, atau yang disebut etika penelitian, adapun status hubungan antara peneliti dengan yang diteliti dalam konteks ini adalah masing – masing pihak mempunyai hak dan kewajibannya. Hak – hak dan kewajiban – kewajiban ini harus diakui dan dihargai oleh masing – masing pihak tersebut.

Hubungan antara peneliti dengan yang diteliti adalah sebagai hubungan antara mereka yang memerlukan informasi dan mereka yang memberikan atau menghasilkan informasi, seperti telah dijelaskan diatas. Peneliti sebagai pihak yang memerlukan informasi, seyogyanya menempatkan diri lebih rendah dari pihak yang memberikan/ menghasilkan sebagai pemilik informasi atau responden. Responden atau informan dalam hal ini mempunyai hak untuk tidak memberikan informasi tersebut diambil dari tubuh informan yang menimbulkan rasa sakit (misalnya diambil sampel darahnya). Apabila responden tidak bersedia diwawancarai atau memberikan informasi adalah hak mereka, dan tidak dilanjutkan pengambilan data atau wawancaranya.

Secara terinci hak – hak dan kewajiban – kewajiban peneliti dan yang diteliti (informan) adalah sebagai berikut:

1. Hak dan kewajiban responden:

Hak responden:

a. Hak untuk dihargai “*privacy*” nya:

Privacy adalah hak setiap orang. Semua orang mempunyai hak untuk memperoleh “*privacy*” atau kebebasan pribadinya. Demikian pula responden sebagai objek penelitian ditempat kediamannya masing – masing. Seorang tamu, termasuk peneliti

atau pewawancara yang datang kerumahnya atau tempat kerjanya, lebih – lebih akan menyita waktunya untuk diwawancarai, jelas merampas “*privacy*” hak atau responden tersebut.

b. Hak untuk merahasiakan informasi yang diberikan:

Informasi yang diberikan oleh responden adalah miliknya sendiri. Tetapi karena diperlukan dan diberikan kepada peneliti atau pewawancara, maka kerahasiaan informasi tersebut perlu dijamin oleh peneliti. Apabila informasi tersebut kemudian diberikan kepada peneliti dan kemudian diolahnya, maka bentuknya bukan informasi individual dari orang per orang dengan nama tertentu, tetapi dalam bentuk agregat atau kelompok responden. Oleh sebab itu, realisasi hak responden untuk merahasiakan informasi dari masing – masing responden, maka nama respnden pun tidak tidak perlu dicantumkan, cukup dengan kode – kode tertentu saja.

c. Hak memperoleh jaminan keamanan atau keselamatan akibat dari informasi yang diberikan:

Apabila informasi yang diberikan itu membawa dampak terhadap keamanan atau keselamatan bagi dirinya atau keluarganya, maka peneliti harus bertanggung jawab terhadap akibat tersebut.

d. Hak memperoleh imbalan atau kompensasi:

Apabila semua kewajiban telah dilakukan, dalam arti telah memberikan informasi yang diperlukan oleh peneliti atau pewawancara, responden berhak menerima imbalan atau kompensasi dari pihak pengambil data atau informasi.

Kewajiban responden:

Setelah adanya “*inform consent*” dari responden atau informan, artinya responden sudah mempunyai keterikatan dengan peneliti atau pewawancara berupa kewajiban responden untuk memberikan informasi yang diperlukan peneliti. Tetapi selama belum ada “*informn consent*”, responden tidak ada kewajiban apa pun terhadap peneliti atau pewawancara.

2. Hak dan kewajiban peneliti atau pewawancara:

Hak peneliti:

Bila responden bersedia diminta informasinya (menyetujui *inform consent*), peneliti mempunyai hak memperoleh informasi yang diperlukan sejujur – jujurnya dan selengkap – lengkapnya dari responden atau informan. Apabila hak ini tidak diterima dari responden, dalam arti responden menyembuntikan informasi yang diperlukan, maka responden perlu diingatkan kembali terhadap “*inform consent*” yang telah diberikan.

Kewajiban peneliti:

a. Menjaga “privacy” responden:

Seperti telah disebutkan bahwa posisi peneliti dalam etika penelitian lebih rendah dibandingkan dengan responden. Oleh sebab itu, dalam melakukan wawancara atau memperoleh informasi dari responden harus menjaga *privacy* mereka. Untuk itu, peneliti atau pewawancara harus menyesuaikan diri dengan responden tentang waktu dan tempat dilakukannya wawancara atau pengambilan data, sehingga responden tidak merasa diganggu “privacy” – nya.

b. Menjaga kerahasiaan responden:

Infrmasi atau hal – hal yang terkait dengan responden harus dijaga kerahasiaannya. Peneliti atau pewawancara tidak dibenarkan untuk menyampaikan kepada orang lain tentang apa pun yang diketahui oleh peneliti tentang responden diluar untuk kepentingan atau mencapai tujuan penelitian.

c. Memberikan kompensasi:

Apabila informasi yang diperlukan telah diperoleh dari responden atau informan, maka penelitian atau pewawancara juga memenuhi kewajibannya. Kewajiban penelitian atau pewawancara seyogyanya bukan sekedar ucapan terima kasih saja kepada responden. Tetapi diwujudkan dalam bentuk penghargaan yang lain, misalnya berupa kenang – kenangan atau apapun sebagai apresiasi peneliti terhadap responden atau informan yang telah mengorbankan waktu, pikiran, mungkin tenaga dalam rangka memberikan informasi yang diperlukan peneliti atau pewawancara.

1. Etika dan Metodologi Penelitian Kesehatan Masyarakat

Penelitian kesehatan masyarakat, dilihat dari metodenya dikelompokkan menjadi dua, yakni metode penelitian survei (*non eksperimen*), dan metode penelitian eksperimen. Penelitian eksperimen yang dimaksud dalam konteks kesehatan masyarakat dengan sendirinya bukan eksperimen sungguhan (*true experiment*), tetapi eksperimen semu (*quasi experiment*). Hal ini dikarenakan yang menjadi subjek penelitian adalah manusia yang hidup dimasyarakat, sehingga tidak dapat diisolasi (dikontrol) dari kehidupan sehari – hari mereka seperti “ atau kelinci percobaan” dilaboratorium. Dengan etika penelitian; oleh karena intensitas hubungan antara peneliti dan yang diteliti kedua metode penelitian ini (survei dan eksperimen semu) berbeda, maka implikasinya etikanya sedikit berbeda pula.

1. Pada penelitian survei pada umumnya hanya satu kali kontak antara peneliti responden, yakni pada waktu pengambilan data (wawancara atau pengamatan) saja. Intensitas atau

lamanya waktu hubungan antara peneliti dengan yang diteliti (responden) dengan sendirinya tergantung pada banyaknya data atau informasi yang akan diperoleh atau dicari:

- a. Apabila peneliti ingin memperoleh informasi tentang: identitas responden (umur, pendidikan, agama, dan sebagainya), pengetahuan dan sikap responden, perilaku berdasarkan “*recall*” maka cukup dengan wawancara. Lamanya wawancara tergantung banyaknya pertanyaan (kuesioner). Makin banyak pertanyaan, makin lama waktu yang dibutuhkan, hal ini berarti peneliti akan menyita waktu yang lebih banyak dari responden, atau lebih banyak mengganggu kegiatan responden. Implikasinya peneliti harus memberikan kompensasi waktu yang hilang bagi responden.
 - b. Apabila peneliti ingin memperoleh informasi tentang perilaku responden dengan menggunakan metode observasi (pengamatan), maka ini berarti intensitas gangguan “*privacy*” responden lebih tinggi. Hal ini berarti peneliti dituntut memberikan imbalan yang lebih dibanding dengan wawancara.
 - c. Apabila peneliti dalam pengambilan informasi kepada responden dengan melakukan tindakan invasi, misalnya pengambilan sampel darah maka peneliti harus memberikan jaminan, bahwa hal tersebut tidak menimbulkan rasa sakit. Disamping itu, peneliti harus bertanggung jawab apabila terjadi efek samping atau akibat buruk dari tindakan pengambilan sampel darah tersebut.
2. Pada penelitian eksperimen kontak atau hubungan antara peneliti dengan responden lebih intensif, yakni:
- a. Pengambilan data awal (*pretest*) dan pengambilan setelah eksperimen intervensi (*posttest*). Kadang – kadang pengambilan data setelah intervensi tidak hanya sekali saja, melainkan berkali – kali. Dalam pengambilan data ini (*pretest* maupun *posttest*) intensitas hubungan juga berbeda – beda, tergantung pada jenis data atau informasi seperti pada penelitian survei tersebut. Pengambilan data awal dan pengambilan data setelah intervensi ini dilakukan pada kelompok eksperimen maupun pada kelompok kontrol.
 - b. Tahap intervensi atau eksperimen, hubungan antara peneliti dengan responden lebih intensif dan dalam waktu yang relatif lama. Karena dalam penelitian ini peneliti melakukan intervensi dalam berbagai bentuk, misalnya melakukan penyuluhan, pelatihan, mengajak atau menyuruh mereka untuk melakukan kegiatan, dan sebagainya dari masyarakat (responden). Meskipun akhirnya hasil kegiatan atau

intervensi ini juga untuk mereka, tetapi tetap peneliti “memperlakukan” mereka sebagai percobaan, sehingga perlu kompensasi bagi mereka.

- c. Dalam penelitian eksperimen, memang kelompok eksperimen atau kelompok yang memperoleh perlakuan tertentu akan memperoleh keuntungan (*benefit*), sekurang – kurangnya terpapar informasi yang baik tentang suatu hal yang berguna bagi masyarakat perlakuan. Tetapi masyarakat pada kelompok kontrol tidak memperoleh keuntungan apa- apa. Oleh sebab itu, peneliti secara etika harus memberikan penghargaan bagi mereka. Imbalan yang paling baik adalah, setelah dilakukan evaluasi atau pengumpulan data pasca (setelah) eksperimen pada kelompok eksperimen. Secara etika, seyogyanya eksperimen pada kelompok eksperimen. Secara etika, seyogianya eksperimen yang sama dilakukan juga pada kelompok kontrol, setelah dilakukan evaluasi (*posttest*) pada kelompok eksperimen maupun kelompok kontrol. Apabila hal ini tidak memungkinkan biaya, waktu dan sebagainya, maka cukup memberikan sesuatu untuk penghargaan atau kenang – kenangan pada masyarakat pada kelompok kontrol ini.

2. Etika dan Kualitas Data Peneliti

Memperhatikan hubungan baik peneliti atau wawancara dengan responden atau sumber informasi bukaan semata – mata untuk kepentingan etika penelitian saja, melainkan juga untuk terjaminnya kualitas data atau informasi yang diperoleh. Dalam penelitian, terutama dengan menggunakan metode wawancara atau angket dalam pengumpulan data, kualitas informasi atau data sangat tergantung dengan sumber informasinya yakni responden atau informan. Sedangkan informasi yang diberikan oleh sumbernya atau informannya sangat dipengaruhi oleh “suasana hati” dari orang sebagai informan. Apabila suasana hati informannya sangat “kondusif” tentu akan mengeluarkan informasi yang jujur, lengkap dan jelas. Tetapi kalau suasana hati informannya sedang kurang baik, sudah barang tentu informasinya tidak akurat, mungkin asal menjawab, dan tidak dengan serius. Suasana hati informan ini sangat dipengaruhi oleh hubungannya dengan pewawancara atau peneliti (*rapport*).

Misalnya: meskipun responden sedang bermasalah dengan keluarganya, tetapi peneliti mampu berkomunikasi dan menempatkan diri secara baik, maka responden akan menjadipemberi informasi yang baik dan akurat. Sebaliknya, meskipun respnden dalam keadaan biasa saja, tanpa ada masalah pribadi dengan orang lain, tetapi peneliti tidak mampu berkomunikasi dengannya, akan menimbulkan suasana hati yang tidak baik, dan hasilnya

informasi yang diberikan tidak akurat, cenderung tidak jujur. Dapat disimpulkan bahwa dalam penelitian dimana data atau informasinya diambil melalui wawancara atau angket, kualitas hasil penelitiannya sangat tergantung pada proses pengambilan data atau informasi ini.

Agar peneliti atau pewawancara memahami pentingnya memperlakukan responden dalam rangka memperoleh kualitas informasi yang baik dan akurat, maka perlu menyadari bahwa dalam pengambilan data atau informasi kepada responden akan menimbulkan ketidaknyamanan responden. Ketidaknyamanan tersebut dapat diidentifikasi sebagai berikut:

a. Terganggunya *Privacy*

Pengambilan data atau wawancara terhadap informan pada waktu apa pun (pagi, siang, sore atau malam) pasti akan mengganggu "*privacy*" orang yang bersangkutan. Karena orang yang akan mewawancarai dianggap orang asing atau tamu, pasti tidak akan menerimanya begitu saja seperti anggota keluarga. Mereka akan berusaha untuk berpenampilan selayaknyamenerima tamu, dan menyediakan tempat duduk yang layak, dan sebagainya.

b. Terganggunya Kegiatan atau Kerjaan

Pengambilan data atau wawancara terhadap responden, baik di rumah maupun ditempat kerja sudah barang tentu akan menyita waktu informan atau responden. Bukan saja menyita waktu responden, tetapi hal ini berarti juga responden harus meninggalkan kegiatan atau pekerjaannya untuk sementara waktu. Lebih – lebih kalau responden tersebut ibu rumah tangga yang sedang menyiapkan makanan buat keluarga, disamping mengasuh anak, dan sebagainya. Sudah barang tentu hal itu semua mengganggu sekali bagi responden atau ibu tersebut.

c. Berpikir atau Berusaha Sebaik Mungkin untuk Menjawab Pertanyaan atau Memberikan Informasi

Dalam menjawab pertanyaan atau memberikan informasi, kadang – kadang responden tidak secara spontan atau terlontar apa adanya. Responden memerlukan waktu berpikir, mengingat, dan sebagainya. Lebih – lebih kalau pertanyaan atau informasi yang harus diberikan berupa pengetahuan atau pendapatnya terhadap sesuatu fenomena kehidupan, misalnya penyakit, gizi atau makanan, pelayanan kesehatan, dan sebagainya.

d. Kemungkinan Munculnya "Rasa Emosional" yang Pernah Dialami pada Waktu yang Lalu

Dalam penelitian, khususnya penelitian kesehatan sering ditanyakan tentang penyakit – penyakit tertentu yang pernah dialami oleh responden atau keluarga, tentang kematian yang dialami oleh anggota keluarga, dan sebagainya. Pertanyaan – pertanyaan semacam itu,

terutama pertanyaan masalah kematian sudah barang tentu akan membuka luka lama. Pada waktu menjawab atau menanggapi pertanyaan ini akan memunculkan perasaan sedih, bahkan sampai menyebabkan responden menangis (menanggapi secara emosional). Lebih – lebih apabila peristiwa yang tidak menyenangkan keluarga tersebut belum lama terjadi, atau melalui suatu kejadian yang sangat traumatis (misalnya kecelakaan).

e. Pengambilan Informasi (Data) dengan Melakukan Tindakan Invasif

Kadang – kadang suatu penelitian, pengambilan data atau informasinya melalui tindakan invasif misalnya pengambilan sampel darah, memasukkan sesuatu kedalam tubuh misal (implant) atau percobaan alat tertentu. Pada penelitian dengan tindakan invasif semacam ini sudah barang tentu terjadi ketidaknakan fisik (rasa sakit) bagi responden.

Dari uraian tersebut jelas bahwa kondisi responden atau informan pada waktu diambil informasinya atau diambil datanya dalam posisi yang tidak mengenakkan. Oleh sebab itu dari segi etika, seorang peneliti harus bertanggung jawab atas ketidaknakan atau ketidaknyamanan responden sewaktu diambil informasinya. Salah satu bentuk tanggung jawab seorang peneliti terhadap responden yang diganggu kenyamanannya tersebut adalah memberikan kompensasi atau imbalan kepada responden ini. Bentuk – bentuk kompensasi ini bermacam – macam, antara lain:

- a. Ucapan terima kasih: Ucapan terima kasih biasanya tidak hanya sekedar kata – kata belaka, melainkan diwujudkan dalam bentuk benda atau “souvenir” yang bermanfaat bagi responden. Misalnya sabun mandi, sikat gigi dan odol bagi responden ibu rumah tangga.
- b. Apabila pengambilan data atau wawancara tersebut menyebabkan hilangnya waktu kerja yang banyak bagi responden, maka peneliti perlu memberikan kompensasi dalam bentuk uang sesuai dengan waktu kerja yang hilang.
- c. Apabila pengambilan data tersebut responden atau informan harus datang kesuatu tempat yang ditentukan, maka perlu diberikan uang transport bagi responden sesuai dengan jauh dekatnya tempat tinggal responden dengan tempat wawancara.
- d. Apabila pengambilan data atau wawancara memerlukan waktu lama, peneliti berkewajiban memberikan snack atau makan kepada para responden.
- e. Apabila akibat dari pengambilan data atau informasi tersebut menimbulkan sakit atau penyakit, maka responden harus diberikan jaminan pemeliharaan kesehatannya, termasuk bila responden memerlukan perawatan dirumah sakit.

3. Kaji Etik Penelitian Kesehatan Masyarakat

Suatu penelitian yang baik harus dapat dipertanggung jawabkan baik secara metodologis, substantif, maupun secara etis atau moral. Untuk menjamin bahwa sebuah penelitian dapat dipertanggung jawabkan secara etik, maka harus melalui kaji etik terlebih dahulu. Artinya, sebelum penelitian tersebut dilakukan, maka harus lolos kaji etik. Kaji etik penelitian dilakukan oleh suatu badan atau lembaga yang diberikan kewenangan untuk itu sesuai dengan bidang keilmuan penelitian tersebut. Misalnya untuk penelitian – penelitian bidang kesehatan masyarakat, institusi yang berwenang melakukan kaji etik adalah Badan Penelitian dan Pengembangan yang diberi kewenangan oleh Departemen Kesehatan, atau Tim Kaji Etik FKM – UI, yang diberi kewenangan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

Sekarang ini penelitian – penelitian oleh Lembaga Donor Luar Negeri mewajibkan untuk terlebih dahulu memperoleh surat keterangan lolos kaji etik. Demikian juga penelitian – penelitian yang dilakukan mahasiswa program studi S3 (doktor ilmu kesehatan masyarakat) dalam rangka penyusunan disertasi mereka, juga harus melalui kaji etik terlebih dahulu.

Kriteria atau hal – hal yang diperlukan dalam penilaian kaji etik penelitian, khususnya untuk penelitian bidang ilmu kesehatan masyarakat antara lain sebagai berikut:

a. Adanya lembar persetujuan dari responden atau formulir “*inform consent*”:

Setiap instrumen atau kuesioner untuk pengambilan melalui wawancara, pengamatan ataupun angket harus disertai lembar persetujuan atau kesediaan responden atau informan untuk memberikan informasi atau “*inform consent*”. *Inform consent* ini harus dibacakan terlebih dahulu sebelum dimulainya pengambilan data atau wawancara dapat dilanjutkan, tetapi bila tidak disetujui tidak diteruskan wawancara.

b. Untuk penelitian eksperimen dimana peneliti melakukan intervensi atau percobaan pada kelompok responden atau subjek penelitian, maka secara etika harus ada tindakan yang sama bagi kelompok kontrol, setelah pengambilan data pasca eksperimen (setelah *posttest*). Hal ini berarti setelah selesai intervensi pada kelompok eksperimen, pada kelompok kontrol juga dilakukan intervensi yang sama, untuk menjamin adanya hak sama antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Apabila hal ini tidak dimungkinkan, maka perlu adanya kompensasi bentuk lain pada kelompok kontrol ini. Oleh sebab itu, dalam rangka kepentingan kaji etik peneliti juga harus merencanakan kompensasi bagi kelompok kontrol ini, apabila tidak dilakukan intervensi yang sama pada kelompok eksperimen.

- c. Untuk penelitian survei, sekecil apapun harus diberikan kompensasi kepada responden. Oleh sebab itu, untuk kepentingan kaji etik ini peneliti juga harus merencanakan bentuk kompensasi yang akan diberikan kepada informan atau responden. Bentuk kompensasi dapat dilihat pada penjelasan diatas.
- d. Untuk penelitian yang dilakukan tindakan invasif atau mengakibatkan dampak yang negatif bagi kesehatan responden, maka peneliti harus bertanggung jawab atau memberikan jaminan terhadap kemungkinan risiko yang terjadi. Oleh sebab itu, peneliti juga harus menyiapkan atau merencanakan langkah – langkah atau tindakan yang akan dilakukan bila terjadi atau “jaminan” bila terjadi akibat buruk yang mungkin dialami responden.
- e. Bila penelitian tersebut mengambil data sekunder, maka tidak diperlukan “inform consent” dari responden. Dalam hal pengambilan data sekunder ini, dari aspek etika yang diperlukan adalah surat izin dari institusi yang mempunyai data sekunder tersebut. Misalnya, penelitian yang bertujuan untuk mengetahui cakupan imunisasi dasar anak balita dengan menganalisis data dipuskesmas, maka secara etik peneliti harus minta izin kepada kepala puskesmas yang bersangkutan.

Masalah etik terkait dengan data sekunder khususnya dari puskesmas atau rumah sakit ini memang masih menimbulkan perdebatan. Karena informasi atau data pasien tercatat dipuskesmas atau dirumah sakit tersebut dalam rangka anamnesis penyakitnya, bukan untuk informasi penelitian. Sehingga tidak etis kalau kemudian untuk data penelitian tanpa persetujuan pasien yang bersangkutan. Tetapi dari pihak yang lain data dicatatan medis di rumah sakit atau puskesmas tersebut telah ada berdasarkan persetujuan antara pasien dengan dokter dirumah sakit atau puskesmas, dan sekarang data tersebut milik rumah sakit atau puskesmas. Maka apabila akan digunakan atau dianalisis cukup persetujuan dari rumah sakit atau puskesmas yang memiliki data tersebut.

Proses kaji etik penelitian kesehatan masyarakat:

1. Pengusul (penulis proposal) mengajukan rencana untuk dilakukankaji etik bagi proposalnya kepada Tim Kaji Etik atau Komisi Ahli dari institusi atau lembaga. Ketentuan proposal penelitian yang diajukan, ditentukan oleh Tim Kaji Etik masing – masing institusi atau lembaga yang bersangkutan.
2. Pengusul kaji etik harus mengisi formulir kaji etik harus mengisi formulir kaji etik yang disediakan oleh Tim Kaji Etik dan dilampirkan proposal penelitian.

3. Seminggu sebelum tanggal kaji etik sekretariat Kaji Etik akan mengirimkan undangan yang dilampirkan formulir isian kaji etik dan proposal penelitian kepada anggota Tim Kaji Etik.
4. Pelaksana kaji etik
5. Hasil kaji etik penelitian:
 - a. Diberikan surat keterangan lulus kaji etik.
 - b. Diberikan surat keterangan lulus kaji etik, setelah melakukan perbaikan proposal.
 - c. Belum diberikan keterangan lulus kaji etik.

C. ETIKA PENELITIAN BIOMEDIS

Seperti halnya dengan ilmu – ilmu yang lain, kemajuan ilmu dan teknologi kedokteran juga ditentukan oleh penelitian. Dalam ilmu kedokteran kemajuan ilmu dan teknologi ini diindikasikan dengan penelitian – penelitian biomedis. Seperti telah dijelaskan pada pendahuluan pada bab ini bahwa subjek penelitian biomedis adalah manusia, manusia yang menderita atau sakit (pasien). Penelitian biomedis pada umumnya didominasi oleh penelitian – penelitian untuk menguji coba obat atau metode terapi yang lain kepada pasien, sehingga mengandung risiko yang besar. Dengan kata lain penelitian ini menyangkut nyawa manusia yang hanya mempunyai tiga pilihan: sembuh dan sehat kembali, sembuh tetapi cacat, dan meninggal dunia.

Mengingat penelitian biomedis ini mempunyai risiko yang sangat berat, maka sebelum dilakukan pada subjek manusia, penelitian biomedis harus dilakukan pada subjek hewan terlebih dahulu. Walaupun penelitian biomedis berhasil pada subjek hewan, tetapi belum tentu akan berhasil pada subjek manusia. Oleh sebab itu, perlu dilakukan penelitian uji coba pada sampel subjek manusia terlebih dahulu, sebelum dinyatakan aman dan disebarluaskan hasil penelitian biomedis tersebut. Disamping itu, peneliti biomedis memerlukan persyaratan dan pengawasan yang ketat dari pihak para peneliti.

Penelitian biomedis pada manusia tujuan utamanya adalah untuk menyempurnakan prosedur atau tata cara diagnosis penyakit, terapi serta rehabilitasi penderita. Namun demikian penelitian biomedis tidak tabu terhadap penelitian – penelitian yang bersifat pencegahan dan etiologi dan patogenesis suatu penyakit. Semua ilmu pengetahuan yang berkembang saat ini mempunyai tujuan akhir yang sama, yakni kesejahteraan umat manusia. Demikian pula ilmu kesehatan pada umumnya, dan ilmu kedokteran pada khususnya sudah pasti akan bermuara pada kesejahteraan manusia. Untuk itu, maka yang penting dalam penelitian biomedis ini bukan pada hasilnya, melainkan bagaimana hasil penelitian biomedis

tersebut digunakan untuk menolong penderita, sehingga secara keseluruhan dapat mewujudkan kesejahteraan hidup dalam masyarakat.

Seperti disebutkan diatas penelitian biomedis harus diawali dengan menggunakan hewan sebagai subjek penelitian. Meskipun hewan sebagai objek, namun juga tidak terlepas dari etika, sebab hewan adalah juga makhluk hidup. Pertimbangan etik yang perlu diperhatikan ketika akan memilih hewan sebagai subjek penelitian adalah menyangkut:

- a. Cara memperoleh hewan percobaan tersebut (legal atau ilegal),
- b. Bagaimana transportasinya, apakah mempertimbangkan aspek kenyamanan dan keamanan hewan percobaan tersebut.
- c. Cara perkandangannya, higienis, aman dan nyaman bagi hewan tersebut.
- d. Kondisi lingkungan kandang: kekaduahan, terisolasi dari pemukiman penduduk dan sebagainya.
- e. Makanan dan minuman hewan. Kecukupan (kuantitas) dan gizi (kualitas).
- f. Perawatan dan pengawasan kesehatan hewan, apa tersedia dokter hewan.
- g. Teknik pelaksanaan uji coba (invasi) yang nyaman, dan tidak menimbulkan rasa sakit/nyeri pada hewan percobaan.

Penelitian biomedis dalam proses uji coba pada hewan ini meliputi: penelitian fisiologis, patologis, toksikologis dan terapeutis.

1. Uji Klinis

Apabila penelitian biologis melalui subjek hewan percobaan telah lolos, dalam arti obat yang diujicobakan aman bagi hewan percobaan, bukan berarti telah aman bagi manusia. Misalnya suatu jenis obat telah lolos (dalam arti aman dan mempunyai efek yang baik) dari uji coba pada hewan percobaan, belum tentu mempunyai efek yang sama bagi manusia. Oleh sebab itu, hasil uji coba pada hewan ini harus terlebih dahulu diujicobakan pada manusia. Penelitian atau uji coba pada manusia ini disebut penelitian klinis (*clinical trial*). Uji coba klinis (*clinical trial*) ini harus melalui beberapa tahap, yakni:

a. Tahap 1

Uji coba pada subjek manusia tahap pertama ini dilakukan di rumah sakit atau lembaga dengan pengawasan yang ketat oleh para ahli. Dalam uji coba pada manusia tahap pertama ini, tujuan utamanya adalah untuk mengetahui farmakokinetik dan farmakodinamik obat pada rang yang sehat. Maka uji klinik tahap 1 ini masih termasuk penelitian nonterapeutis.

b. Tahap 2

Pada penelitian klinik tahap kedua ini, obat dicobakan pada sekelompok kecil penderita yang diharapkan akan mendapat manfaat terapeutik atau diagnostik dari obat tersebut. Subjek

diseleksi dengan ketat dan diawasi oleh ahli. Tujuan penelitian klinik tahap kedua ini adalah untuk mengetahui apakah obat baru ini mempunyai efek terapeutis pada pasien.

c. Tahap 3

Pada penelitian klinik tahap ketiga ini obat diberikan kepada sejumlah besar penderita atau pasien dengan kondisi yang menyerupai keadaan di mana obat dipakai sehari – hari dimasyarakat. Hal ini berarti seleksi pasien tidak terlalu ketat dan obat diberikan oleh dokter umum. Efek samping yang agak jarang mungkin dapat dilihat pada tahap ini. Bila hasil uji klinik tahap tiga ini dinilai aman dan efektif maka obat dipasarkan secara luas.

d. Tahap 4

Pada tahap keempat ini bertujuan untuk melihat efektivitas dan efek samping obat dalam penggunaan jangka panjang. Demikian juga dari penelitian klinik tahap keempat ini dapat diketahui timbulnya kecenderungan penggunaan yang berlebihan atau mungkin penyalahgunaan.

2. Prinsip Dasar Penelitian Biomedis

Dalam Deklarasi Helsinki tahun 1994, yang diselenggarakan oleh Asosiasi Kedokteran Dunia (*World Medical Association*) telah disepakati prinsip – prinsip penelitian biomedis. Prinsip – prinsip penelitian biomedis ini kemudian direvisi di Tokyo tahun 1975, dan diperbarui lagi di Hongkong tahun 1989. Prinsip – prinsip dasar penelitian biomedis yang dijadikan acuan penelitian – penelitian biomedis di semua anggota Organisasi Kesehatan Dunia (WHO). Antara lain sebagai berikut (Yusuf Hanafiah, 1998):

- a. Penelitian biomedis pada subjek manusia harus memenuhi prinsip – prinsip ilmiah dan berdasarkan eksperimen laboratorium hewan percobaan dan pengetahuan yang adikuat dari literatur ilmiah.
- b. Desain dan pelaksanaan eksperimen pada manusia harus dituangkan dalam suatu protokol atau usulan untuk kemudian diajukan kepada suatu komisi independen yang digunakan untuk mempertimbangkan, memberi komentar dan bimbingan.
- c. Penelitian biomedis pada manusia hanya boleh dilakukan oleh orang – rang dengan kualifikasi keilmuan yang cukup dan dibawah pengawasan oleh ahli yang kompeten, dan bukan pada manusia yang diteliti, walaupun subjek telah memberikan persetujuannya.
- d. Penelitian biomedis pada manusia tidak boleh dikerjakan kecuali bila kepentingan tujuan penelitian tersebut sepadan dengan risiko yang akan dihadapi subjek.
- e. Setiap penelitian pada subjek manusia harus diketahui oleh peneliti secara seksama mengenai risiko yang mungkin timbul dan manfaat potensial, baik bagi subjek harus lebih diutamakan daripada kepentingan ilmu pengetahuan maupun kepentingan peneliti.

- f. Dalam penelitian ini, hak seseorang untuk melindungi integritas dirinya harus selalu dihormati. Peneliti harus berusaha menekan sekecil mungkin dampak penelitian terhadap integritas mental, fisik dan kepribadian subjek.
- g. Seorang dokter tidak diperbolehkan ikut dalam proyek penelitian dengan subjek manusia, kalau ia tidak dapat memperkirakan bahaya apa yang mungkin timbul. Dokter juga harus menghentikan penelitian bila bahaya dijumpai ternyata melampaui manfaat yang diharapkan.
- h. Dalam mempublikasikan hasil penelitian ini, maka harus dilaporkan secara akurat. Eksperimen yang dilakukan tanpa mengindahkan prinsip – prinsip yang digariskan dalam Deklarasi Helsinki tidak boleh diterima untuk publikasi.
- i. Dalam setiap penelitian pada manusia, maka subjek yang bersangkutan harus diberi tahu tentang tujuan, metode, manfaat serta bahaya potensial dan rasa tidak enak yang akan dialami. Kepada subjek juga harus dijelaskan bahwa ia bebas untuk menolak berpartisipasi dalam penelitian dan bila ia ikut berpartisipasi ia bebas untuk mengundurkan diri setiap saat. Dokter harus meminta persetujuan setelah penjelasan dari subjek secara tertulis (*inform consent*).
- j. Dalam meminta persetujuan setelah penjelasan (*inform consent*) ini, dokter harus berhati – hati bilamana ada kemungkinan bahwa pasien merasa tergantung dari dokternya atau dalam keadaan dimana subjek memberi persetujuan dibawah paksaan. Dalam keadaan demikian, persetujuan pasien hendaknya diminta oleh hubungan dokter pasien dengan subjek yang bersangkutan.
- k. Untuk penderita yang tidak kompeten secara hukum, maka persetujuan setelah penjelasan harus diminta dari perlingkungannya yang sah menurut hukum setempat. Bila keadaan fisik atau mental subjek tidak memungkinkan untuk memberi persetujuan setelah penjelasan, atau bila subjek masih anak dibawah umur, izin diminta dari keluarganya sesuai dengan hukum yang berlaku.
- l. Dalam protokol penelitian harus dicantumkan pernyataan tentang norma – norma etik yang dilaksanakan dan telah sesuai dengan prinsip – prinsip Deklarasi Helsinki.

3. Penelitian Biomedis NonKlinis

Penelitian biomedis nonterapeutis pada manusia, atau biasanya juga disebut penelitian biomedis nonklinis dilakukan dengan memperhatikan etika penelitian sebagai berikut: (Yusuf Hanafiah, 1978)

- a. Dilakukan oleh dokter, dengan memegang prinsip dokter tetap sebagai pelindung nyawa dan kesehatan manusia yang dilindungi.
- b. Subjek penelitian harus sukarelawan, baik orang sehat atau penderita dimana rancangan penelitian tidak berhubungan dengan penyakit yang dideritanya.
- c. Peneliti harus menghentikan penelitian, apabila pertimbangan penelitian tersebut diperkirakan dapat membahayakan subjek yang diteliti.
- d. Dalam penelitian ini, kepentingan kesejahteraan subjek harus didahulukan ketimbang kepentingan masyarakat dan kepentingan ilmu pengetahuan.

4. Penelitian Biomedis dengan Subjek Khusus

Pada penelitian biomedis, tidak semua orang memperoleh perlakuan yang sama sebagai subjek penelitian. Untuk kelompok anak – anak, wanita hamil, atau wanita menyusui, penderita penyakit jiwa dan cacat mental, pada kelompok yang status sosialnya lemah, dan lanjut usia (lansia) adalah merupakan subjek khusus penelitian biomedis ini.

a. Penelitian pada Anak – anak

Pada prinsipnya anak – anak dalam kondisi apapun sebenarnya tidak boleh dijadikan subjek penelitian. Penelitian biomedis dilakukan dengan subjek orang dewasa dan bertujuan untuk memberi keuntungan bagi anak – anak itu sendiri. Tetapi seyogianya dalam kondisi tertentu anak – anak dapat menjadi subjek penelitian apabila:

- 1) Penelitian tersebut memang benar – benar memberi keuntungan bagi anak – anak.
- 2) Penelitian tersebut bertujuan untuk mengetahui suatu kondisi yang khas bagi masa balita atau masa anak – anak.
- 3) Usia anak telah memungkinkan untuk memberikan persetujuan setelah penjelasan (*inform consent*).

Biasanya anak yang sudah berumur lebih dari tujuh tahun anak sudah dapat memberikan persetujuan, namun perlu juga disertai persetujuan orang tua atau guru, apabila dilakukan disekolah.

b. Penelitian pada Wanita Hamil atau Wanita Menyusui

Untuk penelitian biomedis – terapeutik seyogianya wanita hamil atau wanita yang masih menyusui bayinya tidak diikutsertakan atau dijadikan subjek penelitian. Karena dengan obat – obat atau cara pengobatan yang lain dapat mempengaruhi kehamilannya atau menyusui anak. Namun demikian, tidak berarti semua penelitian biomedis tidak boleh mengikutsertakan ibu hamil atau ibu menyusui sebagai subjek penelitian. Ibu hamil dan ibu menyusui dapat diikutsertakan sebagai subjek penelitian tersebut apabila:

- a. Penelitian tersebut bertujuan untuk meningkatkan kesehatan ibu hamil atau ibu menyusui.
- b. Penelitian tersebut tidak akan merugikan bagi ibu, janin dan bayi.
- c. Penelitian tersebut tidak mempunyai pengaruh terhadap perkembangan janin atau bayi.
- d. Penelitian tersebut akan mengungkap masalah kehamilan atau laktasi.

c. Penelitian pada Lanjut Usia

Secara biologis, orang yang sudah memasuki usia lanjut (lansia) semua organ tubuhnya, termasuk pancaindranya menurun fungsinya. Demikian juga penyakit – penyakit degeneratif mulai timbul, dan cenderung meningkat seiring dengan bertambahnya usia. Oleh sebab itu, kebanyakan lansia mengkonsumsi berbagai macam obat dan vitamin guna mengurangi keluhan dan menambah daya tahan tubuh mereka. Oleh sebab itu, dengan mengikutsertakan lansia dalam penelitian biomedis harus dipertimbangkan benar – benar manfaatnya bagi kelompok lansia tersebut. Apabila penelitian tersebut tidak secara langsung mempunyai dampak yang positif bagi kesehatan lansia, lebih baik tidak mengikutsertakan lansia sebagai subjek penelitian.

d. Penelitian pada Penderita Penyakit Jiwa dan Cacat Mental

Penelitian dengan mengikutsertakan penderita gangguan jiwa dan cacat mental sebagai subjek penelitian, sebenarnya hampir sama dengan pengikutsertaan anak sebagai subjek penelitian. Oleh sebab itu, informasi yang akan diperoleh dari subjek penelitian harus lewat keluarga. Demikian juga *inform consent* juga harus diperoleh dari keluarga atau orang lain yang bertanggung jawab untuk mendampingi. Penelitian biomedis dalam kasus ini dengan sendirinya hanya cocok untuk orang – orang yang mengalami gangguan jiwa, maka dari itu sampel yang akan diikuti sebagai subjek penderita juga dari mereka yang mengalami gangguan jiwa dan cacat mental.

5. Persetujuan Mengikuti Penelitian (*Inform Consent*)

Persyaratan utama etika penelitian apapun, termasuk penelitian biomedis adalah adanya persetujuan menjadi peserta atau subjek penelitian tersebut, yang selanjutnya disebut “*inform consent*”. Batasan operasional “*inform consent*” adalah persetujuan yang diperoleh secara bebas tanpa tekanan atau adanya bujukan, setelah subjek penelitian memperoleh penjelasan yang sewajarnya tentang penelitian tersebut. Selanjutnya subjek penelitian juga sudah merasa jelas dan lengkap tentang informasi yang disampaikan. Oleh sebab itu, seharusnya informasi tersebut dikemas dalam bahasa yang mudah dimengerti oleh subjek penelitian.

Untuk memperoleh *inform consent*, peneliti harus menjelaskan semua hal yang berkaitan dengan penelitian yang akan dilaksanakan, antara lain:

- a. Tujuan penelitian yang akan dicapai.
- b. Manfaat yang akan diperoleh subjek dalam penelitian ini.
- c. Risiko yang mungkin timbul.

Penjelasan harus menggunakan bahasa yang sederhana, sesuai dengan latar belakang pendidikan dan sosial ekonomi subjek penelitian. Untuk mengetahui apakah benar – benar subjek memahami apa yang dijelaskan oleh peneliti, subjek diminta untuk menjelaskan sendiri dengan kata – kata sendiri tentang tujuan, manfaat penelitian serta risiko yang mungkin terjadi akibat penelitian atau uji coba ini. Apabila subjek penelitian sudah dapat menjelaskan sendiri, maka diminta untuk tanda tangan dalam lembar *inform consent* yang telah disiapkan oleh peneliti.

Tidak harus penjelasan ini disampaikan secara lisan atau langsung oleh peneliti kepada subjek penelitian. Bagi subjek penelitian yang tingkat pendidikannya tinggi, dan materi penelitian tidak memerlukan penjelasan yang khusus, maka subjek penelitian boleh dipersilahkan untuk membaca sendiri penjelasan penelitian tersebut. Setelah dibaca, dan dipahami dengan baik oleh subjek penelitian dan ditanda tangani dalam lembar *inform consent* yang tersedia. Hal – hal yang perlu dimasukkan dalam suatu persetujuan keikutsertaan sebagai subjek penelitian (*inform consent*) antara lain sebagai berikut:

- a. Pengakuan subjek penelitian bahwa ia secara sukarela dan tidak dengan paksaan bersedia menjadi subjek penelitian atau berpartisipasi dalam penelitian tersebut.
- b. Penjelasan tentang latar belakang dan alasan – alasan penelitian tersebut dilakukan.
- c. Pernyataan tentang berapa lama subjek penelitian berpartisipasi dalam penelitian tersebut.
- d. Penjelasan atau gambaran tentang apa yang diharapkan dari subjek penelitian, dan setiap prosedur eksperimen.
- e. Penjelasan tentang untung dan ruginya, termasuk imbalan yang akan diperoleh subjek penelitian.
- f. Informasi mengenai pengobatan dan alternatifnya yang akan diberikan kepada subjek penelitian bila mengalami risiko dalam penelitian tersebut.
- g. Penjelasan tentang terjaminnya rahasia biodata dan hasil pemeriksaan medis tentang subjek penelitian.

- h. Penjelasan bahwa berpartisipasi dalam penelitian adalah suka rela dan subjek dapat memutuskan untuk berhenti atau memutuskan tidak menjadi subjek penelitian sewaktu – waktu, tanpa dirugikan.
- i. Disebutkan atau informasikan nama – nama orang beserta alamat atau nomor telepon yang dapat memberikan penjelasan kepada subjek penelitian tentang sifat penelitian, hak – hak subjek penelitian, dan masalah – masalah medis yang mungkin timbul dalam pelaksanaan penelitian.

BAB 7

PENEGAKAN HUKUM DI BIDANG PELAYANAN KESEHATAN

Kepastian hukum dalam memberikan perlindungan kepada pasien, serta mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan telah ditetapkan oleh berbagai peraturan seperti Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Undang – Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Undang – Undang Nomor 8 Tahun 1989 tentang Perlindungan Konsumen, serta Kitab Undang – Undang Hukum Pidana serta peraturan pelaksanaan terkait lainnya. Setiap pelanggaran (baik merupakan pelanggaran etika profesi, atau pelanggaran disiplin profesi, maupun pelanggaran hukum) dapat dilakukan penegakan hukum (*law enforcement*). Namun pada praktiknya lembaga yang berwenang untuk melakukan penegakan hukum di bidang hukum kedokteran tidak berada di dalam satu lembaga, melainkan ada beberapa lembaga yang berbeda. Pembahasan pada buku ini dibatasi pada lembaga profesi dan Non Profesi. Untuk lembaga Non Profesi dibatasi penyelesaian di luar pengadilan (Non Litigasi) dan dalam pengadilan (Litigasi). Kasus – kasus hukum dalam pelayanan kesehatan sering terjadi, untuk itu perlu dijabarkan cara dan lembaga yang menangani kasus dalam pelayanan kesehatan. Secara lengkap dapat kita lihat dibawah ini:

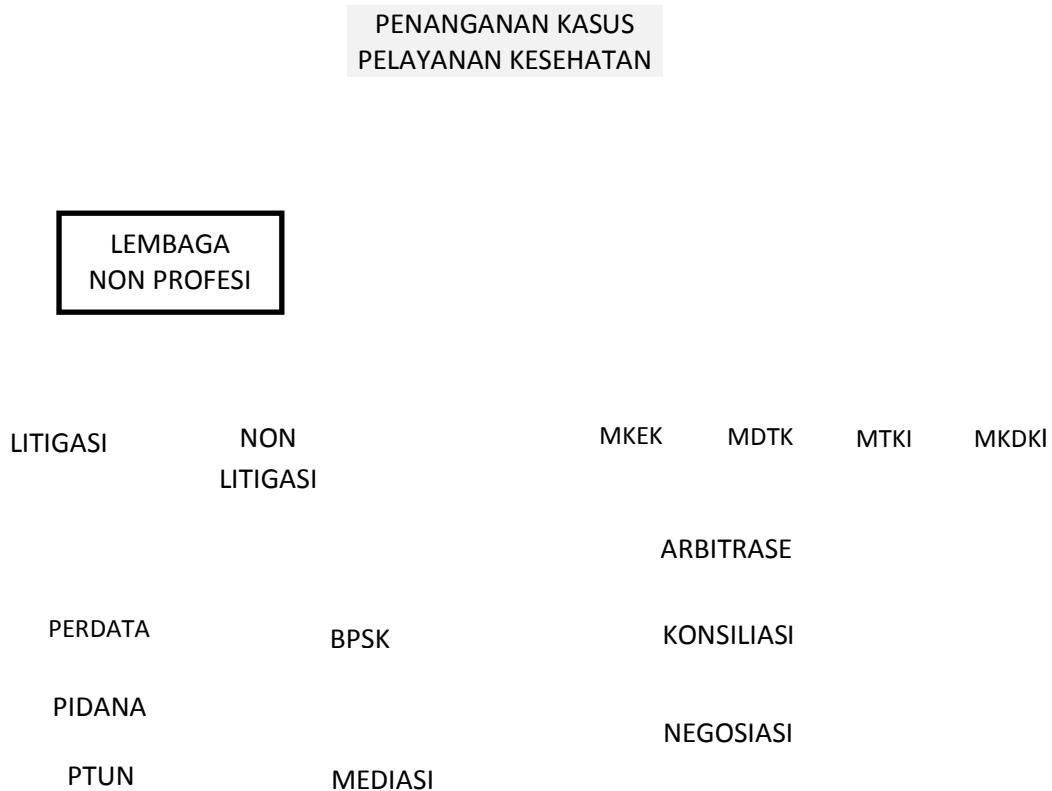
A. LEMBAGA – LEMBAGA PROFESI

1. Majelis Kehormatan Etika Kedokteran (MKEK)
2. Majelis Disiplin Tenaga Kesehatan (MDTK)
3. Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia (MTKI)
4. Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI)

B. LEMBAGA – LEMBAGA NON PROFESI

1. Non litigasi (di luar pengadilan)
 - a. Badan Penyelesaian Sengketa Konsumen (BPSK)
 - b. Forum Mediasi Pengaduan dan Penyelesaian Masalah Pelayanan Kesehatan
2. Litigasi (di dalam pengadilan)
 - a. Peradilan Perdata
 - b. Peradilan Pidana
 - c. Peradilan Tata Usaha Negara

Secara rinci dapat digambarkan dalam Gambar di bawah ini:



Gambar. Bagan Penanganan Kasus Bidang Kesehatan

C. PENJELASAN LEMBAGA – LEMBAGA PROFESI

1. Majelis Kehormatan Etika Kedokteran (MKEK) adalah majelis khusus tenaga medis, sehingga ini berlaku pada kalangan kedokteran.

a. Dasar hukum

Majelis Kehormatan Etika Kedokteran (MKEK) dibentuk pada tahun 1979 berdasarkan pasal 16 ayat (1) Anggaran Rumah Tangga Ikatan Dokter Indonesia (IDI). MKEK merupakan badan otonom dalam organisasi IDI yang terdiri dari MKEK Pusat, MKEK Wilayah (pada tingkat provinsi) dan MKEK Cabang (pada tingkat Kabupaten/Kotamadya).

b. Susunan anggota

MKEK terdiri dari Ketua, Wakil Ketua, Sekretaris, Anggota tetap sebanyak – banyaknya 7 orang dan Anggota tidak tetap.

c. Fungsi

MKEK berfungsi melakukan pembinaan, pengawasan dan penilaian pelaksanaan etika kedokteran oleh dokter. Tugas khusus MKEK adalah melakukan penanganan pelanggaran (pengaduan) etika kedokteran.

d. Proses penanganan pengaduan

Tahapan proses penanganan pengaduan adalah sebagai berikut:

- 1) MKEK menerima surat aduan yang berasal dari: 1) Langsung oleh pengadu ke MKEK Wilayah; 2) Pelimpahan dari MKEK pusat atau PB IDI; 3) Pengurus IDI Wilayah; atau 4) Departemen Kesehatan. Apabila pengaduan diberikan secara lisan, pengadu diharuskan mengubah pengaduan secara tertulis.
- 2) Ketua MKEK mengundang anggota tetap MKEK untuk mengadakan rapat persidangan internal. Surat pengaduan dianalisis pada sidang MKEK apakah memenuhi syarat antara lain; ada surat pengaduan dengan nama jelas disertai tanda tangan; alamat pengadu jelas; ada dokter yang diadukan dengan nama dan alamat yang jelas serta jelas tertulis bahwa pengaduan diajukan ke IDI baik melalui pengurus besar, pengurus wilayah maupun langsung ke MKEK.
- 3) Bila memenuhi syarat, ketua MKEK memutuskan bahwa pengaduan itu sah kemudian dituangkan dalam surat penetapan ketua MKEK dan dibuat surat pemberitahuan kepada pengadu bahwa pengaduannya sudah diterima oleh MKEK. Tembusan surat dikirimkan kepada pengurus IDI wilayah, PB IDI, Ketua MKEK Pusat, dan Ketua MKEK mengirimkan kembali ke pengadu dengan permintaan melengkapi persyaratan.
- 4) MKEK menunjuk dua orang anggota tidak tetap dengan cara; langsung menunjuk seseorang (person) oleh MKEK dan melalui organisasi profesi (perhimpunan spesialis) yang sama dengan dokter yang diadukan.
- 5) MKEK memanggil dokter yang diadukan dan diminta untuk: mempelajari surat aduan; mempelajari pedoman pelaksanaan KODEKI 1993; menyerahkan rekam medik serta membuat kronologis tentang kasus tersebut sebagai pembelaan.
- 6) MKEK memanggil pengadu dan/atau keluarganya apabila dipandang perlu. Kehadiran pengacara pengadu (bila ada) akan dipertimbangkan secara tersendiri.
- 7) Sidang MKEK membahas surat pengaduan dan pembelaan dengan memanggil saksi bila perlu. Untuk kasus-kasus yang melibatkan lembaga-lembaga diluar IDI, dibuat sidang secara bertahap untuk mendengarkan keterangan dari semua pihak yang terlibat.
- 8) Majelis Kehormatan Etik Kedokteran harus dapat memutuskan salah atau tidaknya yang bersangkutan dalam setiap tuduhan pelanggaran etik yang diarahkan kepadanya secara mufakat atau berdasarkan suara terbanyak.
- 9) Dengan memperhatikan lima hal sebagai berikut: akibat tindakan tersebut terhadap kehormatan profesi, akibat bagi kebaikan pasien, akibat bagi kepentingan umum dan faktor luar termasuk faktor pasien yang ikut mendorong terjadinya pelanggaran serta tujuan yang ingin dicapai oleh pelaku, digolongkan kasus menurut pelanggaran, yaitu: ringan, sedang, atau berat.
- 10) Keputusan Majelis Kehormatan Etik Kedokteran bersifat final dan mengikat.

- 11) Sidang MKEK tahap akhir membuat keputusan tentang: ada tidaknya pelanggaran etik; identifikasi pasal KODEKI yang dilanggar; perumusan kualitas pelanggaran ringan, sedang, atau berat. Sesuai jenis pelanggaran, MKEK membuat saran tertulis kepada Pejabat Pemerintah yang berwenang untuk mencabut izin praktik selama 3 bulan (pelanggaran ringan), 6 bulan (pelanggaran sedang), atau 12 bulan (pelanggaran berat).
- 12) Ketua MKEK membuat laporan kepada ketua idi wilayah berisi jenis kasus, inisial dokter yang diadukan, tanggal awal penyidikan dan pembuatan keputusan dan singkatan pelanggaran KODEKI (bila ada). Bila kasus telah selesai, masalah dinyatakan selesai (dianggap bukan masalah etik) kecuali bila ada proses banding.
- 13) Keputusan MKEK atas pngaduan tersebut diproses (diberi nomor, diagendakan, berkas di lak tertutup untuk menjamin kerahasiaan, arsip disimpan selama 5 tahun) oleh sekretariat untuk disampaikan kepada Ketua IDI wilayah dengan tembusan kepada: Ketua MKEK Pusat; Ketua PB IDI dan Ketua MP2A Wilayah.
- 14) Jika terdapat ketidakpuasan, baik pengadu meupun dokter yang diadukan, keduanya dapat mengajukan banding kepada Majelis Kehormatan Etik Kedokteran setingkat lebih tinggi.

2. Majelis Disiplin Tenaga Kesehatan (MDTK)

a. Dasar hukum

Pada saat berlakunya Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 yang terdahulu dikeluarkan Keputusan Presiden Nomor 56 Tahun 1995 tentang Majelis Disiplin Tenaga Kesehatan (MDTK) sebagai peraturan pelaksana Undang-Undang tersebut. Menurut ketentuan Keppres ini, MDTK terdiri dari MDTK Tingkat Pusat dan MDTK Tingkat Provinsi.

MDTK merupakan lembaga yang bersifat otonom, mandiri dan nonstructural. MDTK tingkat provinsi dalam melaksanakan tugasnya bertanggung jawab kepada Gubernur melalui Kepala Dinas Kesehatan.

b. Tugas

MDTK bertugas meneliti dan menentukan ada atau tidak adanya kesalahan atau kelalaian dalam menerapkan standar profesi yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan.

c. Keanggotan dan organisasi MDTK terdiri dari:

1. Ahli Hukum;
2. Ahli Kesehatan yang mewakili organisasi profesi di bidang kesehatan dan asosiasi sarana kesehatan;
 - a. Ikatan Dokter Indonesia (IDI)
 - b. Persatuan Dokter Gigi Indnesia (PDGI)
 - c. Ikatan Apoteker Indonesia (IAI), dulunya bernama ISFI
 - d. Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI)
 - e. Ikatan Bidan Indonesia (IBI)
 - f. Asosiasi Sarana Kesehatan
3. Ahli Agama
4. Ahli Psikologi

5. Ahli Sosiologi
6. Anggota tetap atau wakil masyarakat.

Jumlah keanggotaan MDTK Tingkat Provinsi sebanyak-banyaknya 15 (lima belas) orang, sedangkan kriteria calon anggota MDTK adalah yang belum pernah mendapat tindakan disiplin dari Pejabat Kesehatan dan tidak pernah diadakan melakukan kesalahan atau kelalaian dalam penerapan standar profesinya.

Di semua provinsi Keputusan Presiden ini hampir tidak berjalan sebagaimana mestinya walaupun diatur dalam peraturan setingkat Keputusan Presiden. Ketua MDTK dijabat oleh Ahli kesehatan. Skeretasis MDTK dijabat oleh salah seorang Kepala KEsehatan dna memenuhi persyaratan keanggotaan yang sama dengan persyaratan anggota MDTK. Sepengetahuan penulis Kepres ini efektif diberlakukan di Jakarta.

3. Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia (MTKI)

a. Dasar Hukum

Tahun 2011 dikeluarkan Permenkes Nomor 1796 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan yang menjamin tenaga kesehatan ini mempunyai Surat Tanda Registrasi (STR) setelah lulus ujian kompetensi. Seperti diuraikan di Bab IV ppoint tenaga kesehatan pada buku ini, STR dikeluarkan oleh Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia (MTKI). MTKI ini juga memiliki Komite disiplin Tenaga Kesehatan.

b. Tugas

MTKI mempunyai tugas membantu Menteri dalam penyusunan kebijakan, strategi, dan penatalaksanaan sertifikasi dan registrasi tenaga kesehatan menjalankan praktik atau pekerjaannya dalam rangka peningkatan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan.

Komite Disiplin Kesehatan mempunyai tugas:

- 1) Meneliti dan menentukan ada atau tidak adanya kesalahan atau kelalaian dalam menaerakan standar profesi yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan;
- 2) Memanggil atau meminta keterangan dari tenaga kesehatan yang diadukan, penerima pelayanan kesehatan yang merasa dirugikan, dan saksi;
- 3) Melakukan pemeriksaan di lapangan atau hal lain yang dianggap perlu;
- 4) Melakukan kerja sama dengan pemangku kepentingan terkait dalam rangka uji kompetensi, sertifikasi, registrasi dan lisensi bagi tenaga kesehatan; dan
- 5) Melakukan oenilaian terhadap kemampuan tenaga kesehata dan tindakan administrative bagi tenaga kesehatan yang tidak menjalankan praktik atau pekerjaannya sesuai ketentuan.

c. Keanggotaan

Pimpinan MTKI terdiri atas seorang ketua dan 3 (tiga) orang ketua divisi merangkap anggota dilaksanakan secara kolektif, ketua divisi profesi, divisi standarisasi dan divisi evaluasi dibantu oleh Komite Disiplin Tenaga Kesehatan dan komite lainnya yang dibutuhkan secara *ad hock*.

MTKI mempunyai sekurang – kurangnya 23 anggota, yang terdiri dari 4 orang Kementerian Kesehatan, 1 orang dari perwakilan organisasi profesi masing-masing tenaga kesehatan serta 1 orang perwakilan dari unsure penfdidikan.

MTKI dibentuk dan diangkat oleh Menteri Kesehatan dan dalam melaksanakan tugasnya bertanggung jawab kepada Menteri Kesehatan.

4. Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI)

Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia ini juga hanya berlaku di lingkungan tenaga medis saja.

a. Dasar Hukum

Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI) dibentuk berdasarkan amanah Pasal 55 ayat (1) UU Nomor 29 Tahun 2004 yang menyebutkan: Untuk menegakkan disiplin dokter dan dokter gigi dalam penyelenggaraan praktik kedokteran dan dokter gigi dalam penyelenggaraan praktik kedokteran, dibentuk Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia. Dalam pelaksanaan UU Nomor 29 Tahun 2004 ini dikeluarkan terakhir permenkes Nomor 150 Tahun 2011 tentang Keanggotaan Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia.

Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia, yang selanjutnya disingkat MKDKI sebagai lembaga yang berwenang untuk menentun ada tidaknya kesalahan yang dilakukan dokter dan dokter gigi dalam peneraan disiplin ilmu kodokteran dan kedokteran gigi, dan menetapkan sanksi.

Tujuan penegakan disiplin antara lain memberikan perlindungan kepada pasien, menjaga mutu pelayanan dokter/dokter gigi serta kehormatan profesi dokter dan dokter gigi.

b. Tugas

MKDKI adalah lembaga yang berwenang untuk menentukan ada tidaknya kesalahan dokter dan dokter gigi, dalam penerapan disiplin ilmu kedokteran dan dokter gigi, serta menetapkan sanksi disiplin. MKDKI bertanggung jawab terhadap Konsil Kedokteran Indonesia.

c. Keanggotaan

MKDKI terdiri atas 3 (tiga) orang dokter dan 3 (tiga) orang dokter gigi dari organisasi profesi masing-masing, seorang dokter dan dokter gigi mewakili asosiasi rumah sakit, dan 3 (tiga) orang sarjana hukum.

Keanggotaan MKDKI diangkat untuk 1 (satu) kali masa jabatan selama 5 (lima) tahun. Dalam masa jabatan 2006-2011 berakhir, belum dilakukan pengangkatan dan pelantikan anggota MKDKI periode 2006-2011 tersenut diperpanjang sampai dengan diangkatnya anggota MKDKI periode 2011-2016 berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 150 Tahun 2011 tentang Keanggotaan MKDKI.

d. Proses Penanganan Pasien

Penanganan pasien diatur dalam bentuk Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia tentang Tata Cara Penanganan Kasus Pelanggaran Disiplin Dokter dan Dokter Gigi oleh Majelis Kehormatan

Cara-cara melakukan pengaduan kepada MKDKI dapat diuraikan sebagai berikut:

- 1) Pengaduan dilakukan oleh setiap orang yang mengetahui atau kepentingannya dirugikan atas tindakan dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran secara tertulis.
- 2) Apabila pengaduan dilakukan secara lisan, sekretariat MKDKI atau MKDKP (MKDK Provinsi) dapat membantu pembuatan permohonan pengaduan tertulis dan ditandatangani oleh pengadu dan kuasanya.
- 3) Pengaduan hanya dapat dilakukan dalam tenggang waktu paling lama 3 (tiga) tahun terhitung sejak tindakan dokter/dokter gigi yang diadukan.
- 4) Selambat-lambatnya dalam waktu 14 (empat belas) hari kerja sesudah pengaduan diterima dan lengkap dicatat dan benar sesuai hasil verifikasi MKDKI atau MKDKP segera dibentuk Majelis Pemeriksa.
- 5) Majelis Pemeriksa berjumlah 3 (tiga) orang atau sebanyak-banyaknya 5 (lima) orang yang terdiri dari dokter, dokter gigi, dan sarjana hukum non medis.
- 6) Majelis Pemeriksa menetapkan hari pemeriksaan selambat-lambatnya 14 hari sejak penetapan Majelis Pemeriksa atau selambat-lambatnya 28 (dua puluh delapan) hari bila tempat tinggal dokter atau dokter gigi jauh.
- 7) Majelis Pemeriksa bersifat independen yang dalam menjalankan tugasnya tidak terpengaruh oleh siapa pun atau lembaga lainnya.
- 8) Majelis pemeriksa hanya memeriksa dokter atau dokter gigi yang diadukan, sedangkan penanganan atas setiap tuntutan ganti rugi pasien tidak menjadi pemeriksaan dalam kompetensi MKDKI atau MKDKP.
- 9) Bilamana dipandang perlu, Majelis Pemeriksa dapat meminta pasien untuk hadir dalam sidang.
- 10) Dalam memeriksa, Majelis Pemeriksa tidak melakukan mediasi, rekonsolidasi dan negosiasi antara dokter dan pasien atau kuasanya.
- 11) Sidang Majelis Pemeriksa dilakukan secara tertutup.
- 12) Keputusan sidang dapat berupa: tidak bersalah, atau bebas dari pelanggaran disiplin kedokteran; bersalah dan pemberian sanksi disiplin; atau ditemukan pelanggaran etika.
- 13) Sanksi disiplin dapat berupa: pemberian peringatan tertulis, rekomendasi pencabutan Surat Tanda Registrasi (STR) atau Surat Izin Praktik (SIP), dan/atau kewajiban mengikuti pendidikan atau pelatihan di institusi pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi.
- 14) Keputusan Majelis Pemeriksa dilakukan dengan cara musyawarah, apabila tidak tercapai kesepakatan Ketua Majelis Pemeriksa dapat mengambil keputusan dengan suara terbanyak. Keputusan Majelis Pemeriksa harus diucapkan/dibacakan dalam sidang Majelis Pemeriksa yang dinyatakan terbuka untuk umum.
- 15) Keputusan sidang majelis harus memuat:
 - a) Kepala Putusan berbunyi: "Demi keadilan berdasarkan Ketuhanan Yang Maha Esa."

- b) Nama, jabatan, kewarganegaraan, tempat domisili atau tempat kedudukan dokter atau dokter gigi yang disidangkan dan pengadu.
- c) Ringkasan pengaduan dan jawaban dokter atau dokter gigi diadukan.
- d) Pertimbangan dan penilaian setiap alat bukti yang diajukan dan hal-hal yang terjadi selama dalam proses pemeriksaan/persidangan.
- e) Alasan-alasan baik dari teknisi kesehatan/kedokteran maupun disiplin yang menjadi dasar keputusan.
- f) Amar keputusan dan pembiayaan.
- g) Hari, tanggal keputusan, nama ketua Majelis dan anggota majelis, keterangan hadir atau tidaknya dokter atau dokter gigi yang diajukan (pasal 34).

Dalam pelaksanaannya, sejak diundangkannya Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran dan dibentuknya Konsil Kedokteran Indonesia serta MKDKI ini, hanya beberapa kasus yang ditangani atau dilaporkan oleh masyarakat. Ini diduga dapat disebabkan sosialisasi keberadaan organisasi ini belum maksimal dan masyarakat tidak begitu mengenal lembaga ini.

D. Penyelesaian Lembaga Non-Profesi

1. Non-Litigasi (Di Luar Pengadilan)

a. Badan Perlindungan Sengketa Konsumen (BPSK)

1) Dasar hukum

Badan Penyelesaian Sengketa Konsumen (BPSK) adalah lembaga khusus yang dibentuk berdasarkan Pasal 31 Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen. BPSK dibentuk di Daerah Tingkat II untuk penyelesaian sengketa itu diluar pengadilan.

UU No. 8/1999 tentang Perlindungan Konsumen juga dapat diberlakukan pada bidang kesehatan. Berlakunya undang-undang ini diharapkan posisi konsumen sejajar dengan pelaku usaha, dengan demikian anggapan bahwa konsumen merupakan raja tidak berlaku lagi mengingat antara konsumen dan pelaku usaha tidak hanya mempunyai hak naun juga kewajiban. Hak konsumen kesehatan berdasarkan UU Nomor 8 Tahun 1989 ini adalah:

- Kenyamanan, keamanan, dan keselamatan
- Memperoleh informasi yang benar, jelas, dan jujur
- Didengar pendapat dan keluhannya
- Mendapatkan advokasi, pendidikan dan perlindungan konsumen
- Dilayani secara benar, jujur, tidak diskriminatif
- Memperoleh kompensasi, ganti rugi dan/atau penggantian

2) Tugas

BPSK mempunyai serangkaian tugas, namun tugas pokok BPSK adalah menangani dan menyelesaikan sengketa antara pelaku usaha dan konsumen.

3) Keanggotaan

Anggota BPSK terdiri atas unsur pemerintah, unsur konsumen, dan unsur pelaku usaha, masing-masing unsur berjumlah sedikit-dikitnya 3 (tiga) orang, dan sebanyak-banyaknya 5 (lima) orang.

4) Proses penanganan kasus

Konsumen mengajukan permohonan penyelesaian sengketa ke sekretariat BPSK dengan disertai bukti-bukti. permohonan diteruskan kepada Ketua BPSK dan dibahas dalam rapat anggota BPSK.

- a) Apabila permohonan ditolak, BPSK menyampaikan penolakan karena tidak memenuhi ketentuan atau bukan kewenangan BPSK. Apabila permohonan diterima, dibuat surat panggilan untuk para pihak.
- b) Ketua/anggota/sekretariat BPSK mengadakan sidang untuk menjelaskan adanya pilihan penyelesaian sengketa, yaitu mediasi, arbitrase, negosiasi dan konsiliasi. Apabila yang dipilih adalah mediasi dan konsiliasi, ketua akan membentuk Majelis dan menetapkan hari pertama sidang. Apabila yang dipilih adalah arbitrase, para pihak memilih masing-masing arbitrer dari unsur pelaku usaha dan konsumen. Dua arbitrer terpilih memilih arbitrer ke-3 dari unsur pemerintah sebagai Ketua Majelis dan ditentukan waktu sidang pertama. Dalam hal ini mediasi karena diamanatkan oleh Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009, akan dijelaskan tersendiri.
- c) BPSK wajib mengeluarkan putusan paling lambat 21 (dua puluh satu) hari setelah gugatan diterima.

b. Mediasi

1) Dasar hukum

Dalam Undang-Undang Kesehatan yang baru Nomor 36 Tahun 2009, penyelesaian kasus dalam pelayanan kesehatan harus melalui mediasi dan ini merupakan dasar hukum yang baru yang lebih tinggi.

Mediasi adalah suatu upaya penyelesaian sengketa para pihak dengan kesepakatan bersama melalui mediator yang bersikap netral dan tidak membuat keputusan atau kesimpulan bagi para pihak tetapi menunjang untuk terlaksananya dialog antar pihak dengan suasana keterbukaan, kejujuran dan tukar pendapat untuk tujuan tercapainya mufakat.

Mediasi merupakan salah satu metode yang berkembang dengan cepat dalam menyelesaikan masalah, lebih efektif, kurang kerugian dalam menyelesaikan masalah, lebih efektif, kurang kerugian dalam menyelesaikan perselisihan. Dalam Asas hukum selalu ada "praduga tidak bersalah" sampai yang bersangkutan benar-benar terbukti bersalah dan keputusan bersifat tetap (litigasi) sering kali berdampak buruk terhadap tenaga kesehatan, karena disamping masa depan tenaga kesehatan tersebut sudah langsung terlanjur jelek, padahal dia belum tentu bersalah. Kedepan tentu dia akan kehilangan pasien, malu baik diri dan keluarga serta beban moral yang berkepanjangan. Saat ini sudah banyak kita temukan kantor-kantor mediator yang dipanjang untuk bisa dimanfaatkan masyarakat yang membutuhkannya.

Adanya amanah dalam Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, apabila adanya dugaan kelalaian harus diselesaikan melalui jalur mediasi sangat merupakan suatu perlindungan hukum bagi tenaga kesehatan yang berpraktik. Lengkapnya dijelaskan mengenai bagaimana mediasi tersebut dilakukan:

2) Tahap mediasi, terdiri dari:

a) Memulai proses mediasi dengan cara sebagai berikut.

- Mediator memperkenalkan diri dan para pihak.
- Menekankan adanya kemauan para pihak untuk menyelesaikan masalah melalui mediasi.
- Menjelaskan pengertian mediasi dan peran mediator.
- Menjelaskan prosedur mediasi.
- Menjelaskan pengertian kasus.
- Menjelaskan parameter kerahasiaan.
- Menguraikan jadwal dan lama proses mediasi.
- Menjelaskan aturan perilaku dalam proses perundingan.
- Mengidentifikasi topik-topik umum permasalahan, menyepakati subtopik permasalahan yang akan dibahas dan menentukan urutan subtopik yang akan dibahas dalam proses perundingan serta menyusun agenda perundingan.
- Mengungkapkan kepentingan tersembunyi yang dapat dilakukan dengan dua cara yaitu secara langsung dengan mengumumkan pernyataan langsung kepada para pihak, atau cara tidak langsung dengan mendengar atau merumuskan kembali pernyataan-pernyataan yang dikemukakan para pihak.
- Membangkitkan pilihan penyelesaian sengketa, di mana mediator mendorong para pihak untuk tidak bertahan pada pola pikiran yang posisional, tetapi harus bersikap terbuka dan mencari alternatif penyelesaian pemecahan masalah secara bersamaan.
- Menganalisis pilihan penyelesaian sengketa, di mana mediator membantu para pihak menentukan untung dan ruginya jika menerima atau menolak suatu penyelesaian masalah. Mediator juga mengingatkan para pihak agar bersikap realistis dan tidak mengajukan tuntutan atau tawaran yang tidak masuk akal.
- Proses tawar menawar akhir, di mana pada tahap ini para pihak telah melihat titik temu kepentingan mereka dan bersedia memberi konsesi satu sama lainnya. Mediator juga membantu para pihak agar mengembangkan tawaran yang dapat dipergunakan untuk menguji dapat atau tidak tercapainya penyelesaian masalah.
- Mencapai kesepakatan formal, para pihak menyusun kesepakatan dan prosedur atau pelaksanaan kesepakatan yang mengacu kepada langkah-langkah yang akan ditempuh para pihak untuk melaksanakan bunyi kesepakatan dan mengakhiri sengketa.

3) Proses penanganan kasus:

Pasien yang mengadukan adanya kasus dugaan kelalaian medik memperoleh penjelasan mengenai berbagai cara penanganan kasusnya dan dipersilakan memilih mekanisme mana yang paling sesuai untuknya. Apabila ia memilih proses mediasi, maka seorang mediator akan segera melakukan langkah-langkah persiapan mediasi. Petugas mediasi akan menjembatani pihak pasien dengan pihak dokter, karena sebagian besar dokter sengketa

adalah tidak adanya komunikasi. Melalui mediasi diharapkan diperoleh dua keuntungan sekaligus yaitu: sengketa antara pasien dan dokter atau rumah sakit dapat diselesaikan; dan dokter atau rumah sakit akan mendapatkan *deterrence effect* (efek penjeraman) bila memang melakukan pelanggaran disiplin.

2. Litigasi (di dalam pengadilan)

a. Melalui Jalur Peradilan Perdata

Dasar hukum melalui jalur peradilan perdata ini dapat kita uraikan sebagai berikut.

- 1) Pasal 32 huruf Q Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, menyatakan Setiap pasien mempunyai hak menggugat dan/atau menuntut rumah sakit apabila rumahsakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata maupun pidana.
- 2) Pasal 66 Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.
 - a) Setiap orang yang mengetahui atau kepentingannya dirugikan atas tindakan dokter atau dokter didi dalam menjalankan praktik kedokteran dapat mengadakan secara tertulis kepada Ketua Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia.
 - b) Pengaduan sekurang-kurangnya harus memuat identitas pengadu, nama, dan alamat tempat praktik dokter atau dokter gigi dan waktu tindakan dilakukan serta alasan pengaduan.
 - c) Pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) tidak menghilangkan hak setiap orang untuk melaporkan adanya dugaan tindak pidana kepada pihak yang berwenang dan/ atau ,emggugat kerugian perdata ke pengadilan.
- 3) Kitab Undang-Undang Hukum Perdata

Pasien yang merasa dirugikan akibat perbuatan dokter dapat menyelesaikan melalui peradilan secara perdata dengan cara mengajukan gugatan. Tata cara penyelesaian sengketa medik melalui peradilan perdata diatur menurut hukum acara perdata. Prof. Wirjono Prodikoro mengemukakan bahwa hukum secara perdata adalah:

“rangkaiian peraturan-peraturan yang menguat cara bagaimana orang harus bertindak terhadap dan dimuka pengadilan dan cara bagaimana pengadilan harus bertinfak satu sama lain untuk melaksanakan berjalannya peraturan-peraturan hukum perdata.”

Hukum acara perdata bersumber pada berbagai peraturan perundang-undangan. Hal ini terjadi karena belum ada produk nasional tentang hukum acara perdata sebagaimana halnya hukum acara pidana melalui UU No. 8 Tahun 1981. Dalam praktik peradilan, sumber dasar penerapan hukum acara perdata adalah:

- a) HIR (*Het Heziene Indonesich Reglement*)
Ketentuan HIR berlaku untuk daerah Jawa dan Madura sebagaimana disebutkan dalam Surat Edaran Mahkamah Agung No. 19 Tahun 1964.
- b) RBg (*Reglement Buitengewesten*)
Berlaku untuk luar Jawa dan Madura sebagaimana diatur dalam Surat Edaran Mahkamah Agun No. 3 Tahun 1965.

c) Rv (*Reglement op de Burgelijke Rechtsvordering*)

Rv merupakan ketentuan hukum acara perdata yang berlaku khusus bagi golongan Eropa dan bagi mereka yang dipersamakan dengan mereka yang berpekerja di muka *Raad van Justitie Residentiegerecht*. Praktik peradilan dewasa ini tetap menggunakan dan mempertahankan ketentuan Rv.

a) Kitab Undang-Undang Hukum Perdata

b) Undang-undang

c) Yurisprudensi, Surat Edaran Mahkamah Agung, adat kebiasaan dan doktrin tentang hukum acara perdata.

Sengketa secara perdata dimulai dengan pembuatan surat gugatan. Selanjutnya, surat gugatan tersebut didaftarkan kepada Pengadilan Negeri yang berwenang. Penggugat kemudian harus memenuhi berbagai prosedur administrasi lainnya sebelum akhirnya dilakukan persidangan.

Persiapan sidang di Pengadilan Negeri meliputi hal-hal berikut ini:

a) Penetapan hari sidang berdasarkan pasal 121 HIR/145 RBg, oleh Ketua Majelis Hakim yang akan menangani perkara perdata tersebut.

b) Pemanggilan pihak yang berperkara, yang akan dilakukan oleh Jurusita dan disampaikan kepada para pihak dengan membuat berita acara dan harus ditandatangani Jurusita dan para pihak.

c) Dalam praktik, penggugat sering mengajukan permohonan kepada Majelis Hakim yang menangani perkara untuk melakukan sita jaminan. Hal ini dilakukan karena keadaan yang mendesak untuk menghindari perbuatan curang oleh tergugat yang akan merugikan penggugat, dengan mengalihkan, menjual atau memindahtangankan barang kepada orang lain.

Setelah persiapan persidangan selesai, maka persidangan perdata dapat dimulai. Secara teoretis persidangan perdata terdiri dari delapan kali persidangan, yang terdiri dari:

a) Persidangan pertama, dengan pembacaan surat gugatan apabila para pihak hadir dalam persidangan.

b) Persidangan kedua, di mana tergugat memberikan tanggapan terhadap gugatan atau yang dikenal dengan jawaban terhadap gugatan, yang terdiri dari jawaban terhadap pokok perkara dan jawaban yang tidak langsung mengenai pokok perkara. Yang terakhir ini disebut eksepsi atau tangkisan.

c) Persidangan ketiga, dengan menyampaikan replik (tangkisan kembali) bagi pihak penggugat terhadap jawaban dari pihak tergugat sebelumnya pada sidang kedua.

d) Persidangan keempat, adalah tahap menyampaikan duplik, yaitu Duplik jawaban tergugat atas replik penggugat.

e) Persidangan kelima, dikenal dengan tahap pembuktian. Penggugat akan diberikan kesempatan lebih dulu untuk mengajukan alat-alat bukti. Pada kesempatan ini, tergugat diberikan kesempatan untuk mengajukan pertanyaan dan penyangkalan atas alat bukti penggugat. Adalah suatu prinsip hukum bahwa penggugatlah yang harus mengajukan pembuktiannya. Namun di dalam hal-hal khusus seperti perkara perdata dalam pelayanan

kesehatan dibuka peluang kepada hakim untuk mengalihkan beban pembuktian kepada dokternya/tergugat (shifting the burden of proof).

- f) Persidangan keenam, kesempatan tergugat untuk mengajukan alat-alat buktinya dengan member kesempatan kepada pengugat untuk bertanya dan menyangkal bukti-bukti tergugat.
- g) Persidangan ketujuh, adalah tahap kesimpulan (conclutie) dari hasil-hasil selama persidangan berlangsung. Pada dasarnya kesimpulan berisi hal-hal yang menguntungkan para pihak dan merugikan pihak lainnya.
- h) Persidangan kedelapan, merupakan tahap terakhir dari persidangan di Pengadilan Jegeri. Pada tahap ini Majelis Hakim akan memberikan putusan dan apabila paa pihak tidak puas dengan putusan tersebut, dapat mengajukan bandin kepada Pengadilan Tinggi.

Bagi setiap putusan hakim pada umumnya tersedia upaya hukum sebagai upaya untuk mencegah atau memperbaiki kekeliruan dalam suatu putusan. Upaya hukum ada dua macam, yaitu upaya hukum biasa dan upaya hukum luar biasa. Upaya hukum biasa terdiri dari perlawanan (*verzet*), banding dan kasasi.

Perlawanan merpaan upaya hukum terhadap putusan yang dijatuhkan diluar hadirnya tergugat. Ketentuan tentang perlawanan diatur dalam Pasal 125 ayat (3) jo. Pasal 129 HIR dan Pasal 149 ayat (3) jo. Pasal 153 RBg

Banding merupakan upaya hukum yang dapat dilakukan pihak yang merasa dirugikan oleh putusan Pengadilan Negeri. Permohonan banding harus diajukan kepada panitera PengadilanNegeri yang menjatuhkan putusan dalam waktu 14 hari sejak Putusan Pengadilan Negeri dibacakan di depan sidang pengadilan atau setelah putusan diberitahukan kepada pihak yang bersangkutan. Persidangan perkara banding merupakan pemeriksaan ulangan dan tata cara pemeriksanya identik dengan Pengadilan Negeri. Terhadap permohonan banding Pengadilan Tinggi dapat memberikan keputusan berupa:

- a) Menyatakan bahwa permohonan banding tidak dapat diterima
- b) menguatkan putusan pengadilan Negeri
- c) Membatalkan putusan Pengadilan Negeri
- d) Memperbaiki putusan Pengadilan Negeri

Apabila pihak yang berperkara tidak puas akan putusan dalam tingkat banding, maka ia dapat mengajukan upaya hukum, yaitu kasasi. Upaya hukum kasasi merupakan keputusan kasasi adalah pembatalan putusan atas penetapan pengadilan dari semua lingkungan peradilan dalam tingkat peradilan terakhir. Dalam siang kasasi tidak dilakukan pemeriksaan tingkat ke 3. Hal ini disebbkan karena dalam tingkat kassal yang diperiksa hanyalah masalah hukumnya dan penerapan hukumnya.

Putusan pada tingkat kasasi ada tiga macam:

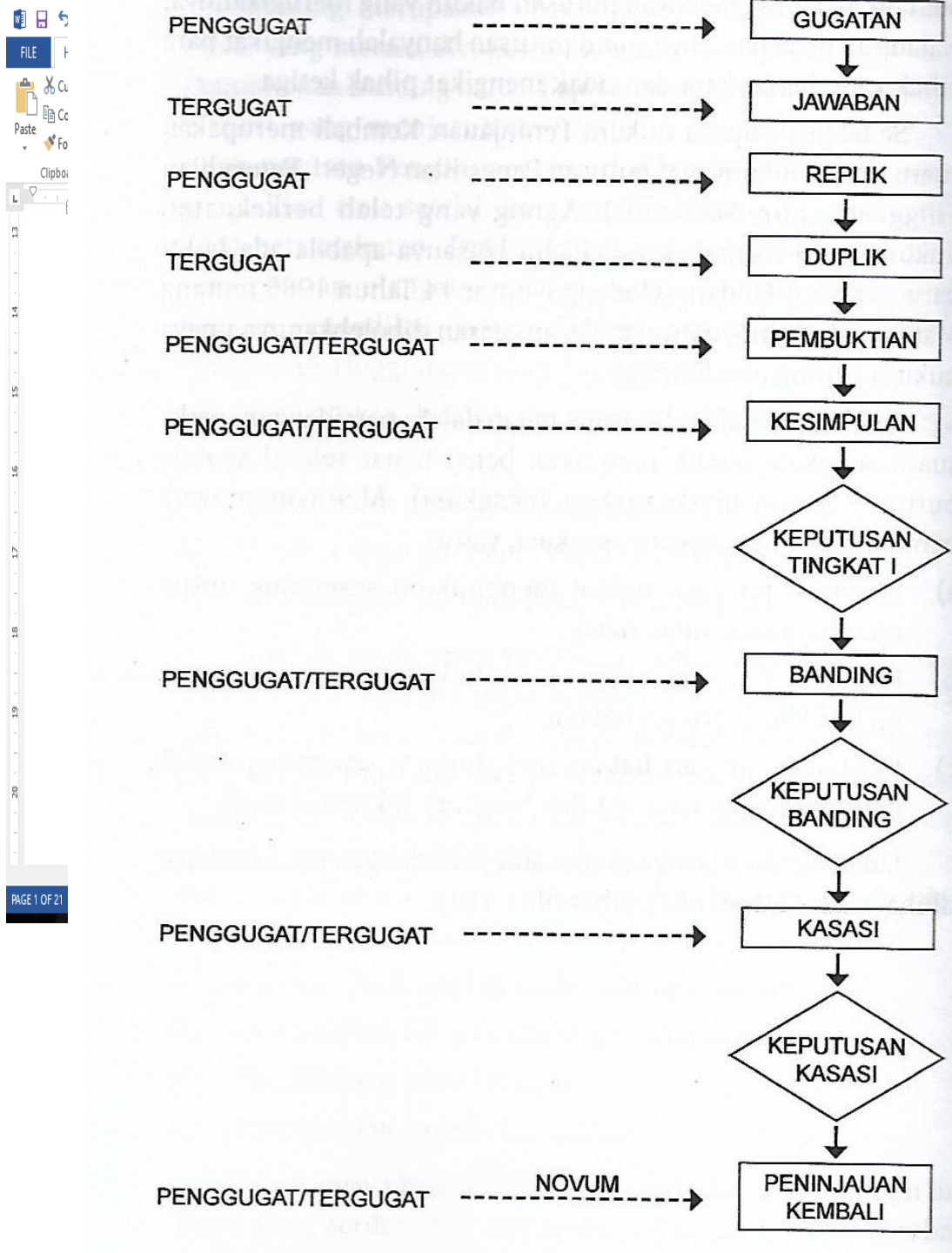
- a) Pemohonan kasasi tidak dapat diterima
- b) Permohonan kasasi ditolak
- c) Permohonan kasasi dikabulkan.

Selain upaya hukum biasa, juga tersedia upaya hukum luar biasa yang terdiri dari *derden verzet* dan peninjauan kembali. *Derden verzet* adalah upaya hukum. Luar biasa yang dilakukannya oleh pihak ketiga melawan putusan hakim yang merugikan, walaupun pada dasarnya suatu putusan hanyalah mengikat para pihak-pihak yang berperkara dan tidak mengikat pihak ketiga.

Sedangkan upaya hukum Peninjauan kembali merupakan upaya hukum agar putusan Pengadilan Negeri, Pengadilan Tinggi maupun Mahkamah Agung yang telah berkekuatan hukum tetap menta kembali. Ini biasanya apabila ada bukti baru :

- a) Eksekusi putusan hakim menghukum seseorang untuk membayar sejumlah uang
- b) Eksekusi putusan hakim menghukum untuk seseorang untuk melakukan suatu perbuatan
- c) Eksekusi putusan hakim menghukum seseorang untuk mengosongkan barang tidak bergerak. (eksekusi real)

Untuk lebih jelasnya skema alur persidangan perdata dapat dilihat pada gambar Tata cara penanganan kasus hukum litigasi.



Gambar. Tata cara penanganan kasus hukum litigasi

b. Melalui Jalur Peradilan Pidana

Ketentuan hukum dari gugatan secara pidana terdapat dalam berbagai undang-undang, baik Kitab Undang Hukum Pidana, maupun pada undang-undang khusus bidang kesehatan seperti undang-undang Nomor 36 Tahun 2004 tentang praktik Kedokteran, Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit dan berbagai Undang-undang bidang kesehatan lainnya yang berlaku khusus. Ini tersebar dalam berbagai pasal dalam ketentuan pidana dalam undang-undang tersebut di atas. Dalam Undang-undang Nomor 36

Tahun 2009 tentang kesehatan mencakup semua profesi yang dikenal dengan sebutan Tenaga Kesehatan. Sedangkan berbagai contoh untuk tenaga kesehatan dokter yang diuraikan di bawah ini, dapat anantara lain dalam berbagai pasal Undang-undang Nomor 29 tahun 2004 tentang Peraktik Kedokteran, serta pasal-pasal dalam Kitab Undang-Undang Hukum Pidana.

Di dalam pelaksanaan praktik kedokteran, terdapat aspek tanggung jawab pidana. Tanggung jawab pidana dari seorang dokter terkait dengan masalah *Negligence*. Konteks ini diterjemahkan dengan kelalaian. Dalam kaitannya dengan masalah tanggung jawab pidana bagi seorang dokter, kesalahan yang diperbuatnya dalam melaksanakan tugas sehingga mengakibatkan kematian atau luka-luka adalah unsur kelalaian, kealpaan/kurang hati-hati (*culpa*), bukan karena unsur sengaja (*dolus*), sebab apabila seorang dokter yang melakukan kesalahan tersebut karena memang sudah disengaja, tentu saja perbuatannya jelas masuk dalam kategori penganiayaan, bahkan pembunuhan.

Masalah timbul sehubungan dengan unsur kealpaan (*culpa*) apabila dikaitkan dengan tanggung jawab seorang (dokter). "*Culpa*" sendiri mempunyai arti kesalahan pada umumnya, tetapi di dalam ilmu pengetahuan hukum, mempunyai arti teknis yaitu : suatu macam kesalahan sebagai akibat kurang berhati-hati, sehingga secara tidak sengaja sesuatu terjadi.

KUH Pidana tidak memberikan arti daripada kealpaan tetapi untuk gambaran tentang itu, Vos dan Van Hamel memberikan unsur-unsur : Kemungkinan pendugaan terhadap akibat, tidak berhati-hati mengenai apa yang diperbuat atau tidak diperbuat.

Andi Hamzah (1986) mengatakan dalam bukunya sarjana asing seperti Van Hamel menyatakan bahwa *culpa* mempunyai dua syarat, yakni : Kurangnya pendugaan yang diperlukan, serta kurangnya keberhati-hatian yang diperlukan.

Kemudiandalam menentukan jenis kealpaan mana yang dapat menimbulkan tanggung jawab pidana bagi seorang dokter, Hoger Rood tertanggal 14 Maret 1929 menunjuk kepada kealpaan berat (*culpa lata*), bukan *culpa levissima*.

Tanggung jawab hukum di bidang pidana bagi dokter akan timbul setelah dapat membuktikan terjadinya malpraktik, yang dalam hal ini dasar timbulnya tanggung jawab tersebut adalah karena kesalahan yang berupa kealpaan berat. Karena hal ini terjadi di kalangan para dokter, maka kriteria kealpaan di sini tentu saja diukur atas dasar bagaimana pada umumnya secara normal para dokter itu bersikap tindak dalam melaksanakan tugasnya dengan fasilitas yang ada.

Dengan adanya kriteria "kealpaan/kelalaian yang berat" yang dapat mengakibatkan timbulnya tanggung jawab pidana, tidak berarti bahwa setiap kesalahan profesional selalu harus diikuti oleh tanggung jawab pidana, karena kematian atau keadaan luka-luka tidaklah selalu disebabkan karena adanya kelalaian berat itu, tetapi banyak faktor- faktor yang lain.

Bila disimak lebih jauh, maka teori-teori yang telah diuraikan di atas adalah identik dengan pendapat C. Berkhouwer dan L.D. Vosrtsman, yang mengatakn bahwa tanggung jawab pidana seorang dokter itu timbul apabila kesalahan karena kealpaan yang mengandung minimal dua unsur, yaitu :

- 1). Akibat yang dapat diperhatikan terlebih dahulu
- 2). Ketidak hati-hatian di dalam melakukan sesuatu (atau tidak melakukannya)

Dalam hubungan ini terdapat pasal – pasal dalam KUHP (Kitab Undang-undang Hukum Pidana) kita yang relevan dengan masalah tanggung jawab pidana bagi seorang dokter, yang anatar lain terdapat dalam buku kedua dalam kejahatan dengan pasal-pasal sebagai berikut.

- 1). Pasal 322 KUHP, tentang Pelanggaran Wajib Simpan Rahasia Kedokteran
- 2). Pasal 344 KUHP, tentang Euthanasia.
- 3). Pasal 346 KUHP sampai dengan pasal 349 KUHP, tentang Abortus Provokatus.
- 4). Pasal 351 KUHP tentang penganiayaan.
- 5). Pasal-pasal 359 sampai dengan 361 KUHP, tentang lalai yang mengakibatkan mati atau luka-luka berat.

Selain ketentuan – ketentuan KUHP di atas, dengan berlakunya Undang-undang Praktik Kedokteran, maka ditambah juga ketentuan-ketentuan pidana sebagai berikut.

- 1) Pasal 75 Undang-undang No.29 Tahun 2004 tentang surat Tanda Registrasi
- 2) Pasal 76 Undang-undang No. 29 Tahun 2004 tentang surat
- 3) Pasal 77,78 Undang-undang No.29 Tahun 2004 tentang Penipuan dan Pemalsuan Surat Tanda Registrasi dan Surat Izin Praktik.
- 4) Pasal 79 UU No.29 Tahun 2004 tentang tidak memasang papan nama, tidak membuat rekam medis dan tidak memenuhi kewajibannya sesuai dengan UU ini.
- 5) Pasal 80 UU No. 29 Tahun 2004 tentang memperkerjakan dokter atau dokter gigi yang tidak memiliki surat izin praktik

Dalam Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan, terdapat ancaman pidana untuk tindakan sebagaimana dimaksud dalam pasal 32 ayat (2), pasal 85 ayat (2), pasal 60 ayat (1), pasal 64 ayat (3), pasal 69, pasal 75 ayat (2), pasal 90 ayat (3), pasal 98 ayat (2) dan (3), pasal 106 ayat (1), pasal 114, pasal 115, pasal 128 ayat (2).

Salah seorang anggota Tim Pengkajian Hukum Kesehatan dr. Budi Sampurna bekerja sama dengan BPHN dalam salah satu pembahasannya, adanya ketentuan-ketentuan pidana ini didalam UU No.29 Tahun 2004 merupakan salah satu hal yang bisa dibilang tidak sesuai dengan kenyataan yang sedang berlaku di lingkungan medis. Karena merutnya, hal-hal ini merupakan pelanggaran-pelanggaran yang tidak perlu diberi sanksi pidana namun cukup dengan sanksi yang lebih ringan, seperti sanksi yang diberikan oleh MKDKI. Saat ini UU Nomor 36 Tahun 2009 apabila terjadi kasus, diupayakan melalui jalur mediasi. Dalam praktik peradilan, sumber dasar penerapan hukum acara pidana adalah UU No. 8 Tahun 1981 tentang Kitab Undang-Undang Hukum Acara Pidana (KUHP). Jika ada laporan atau pengaduan tentang adanya tindakan suatu tindakan pidana yang dilakukan oleh seorang dokter atau

tenaga kesehatan, maka dokter atau tenaga kesehatan tersebut dapat melewati tahap-tahap dalam penyelesaian kasus pidana. Sebelumnya dilakukan proses penyelidikan, yang dimulai dengan klarifikasi dugaan tindakan pidana, pemanggilan pihak-pihak untuk didengar keterangannya dan pembuatan berita acara klarifikasi. Selanjutnya dengan adanya keterangan ini dapat dipanggil saksi-saksi apakah dugaan tindakan ini benar adanya. Apabila dari proses penyelidikan dapat disimpulkan memang ada dugaan tindakan pidana, maka berlanjut pada proses penyelidikan (di Kepolisian), Penuntutan (di Kejaksaan), serta Persidangan (di Pengadilan).

1) Proses Penyelesaian Perkara Pidana Tahap Pertama bagi dokter dan tenaga kesehatan lainnya (di Kepolisian)

Jika ada laporan atau pengaduan tentang adanya suatu tindakan pidana yang dilakukan seseorang, maka pihak kepolisian membuat:

- a) Laporan Polisi, Kepala Kepolisian Sektor memerintahkan kepada Penyidik Pembantu untuk mengadakan pengecekan di TKP (Tempat Kejadian Perkara).
- b) Membuat laporan mengenai apa yang terjadi di TKP.
- c) Selanjutnya Kepala Kepolisian Sektor membuat pemberitahuan kepada Kepala Kejaksaan Negeri setempat tentang dimulainya penyidikan dengan memberitahukan tanggal dimulainya tanggal penyidikan tersebut.
- d) Selanjutnya Kepala Kepolisian Sektor menerbitkan surat perintah penyidikan dan Surat Perintah Tugas. Kemudian polisi mengadakan pemeriksaan terhadap saksi-saksi dan tersangka.
- e) Dibuat berita acara pemeriksaan tersangka dan saksi-saksi. Apabila terdapat tersangka perlu dilakukan penangkapan, maka Kepala Kepolisian Sektor menerbitkan Surat Perintah Penangkapan.
- f) Apabila terdapat alasan untuk melakukan penahanan terhadap tersangka, maka Kepala Kepolisian Sektor menerbitkan: Surat Perintah Penahanan. Atas penahanan tersebut dibuat Berita Acara Penahanan, serta dibuat pemberitahuan penahanan tersangka kepada Kepala Kejaksaan Negeri setempat.
- g) Penahanan yang dilakukan oleh penyidik hanya dapat diberikan paling lama 20 (dua puluh) hari. Apabila pemeriksaan oleh penyidik belum selesai, maka Kepala Kepolisian Sektor dapat mengajukan permintaan perpanjangan penahanan terhadap tersangka kepada Kepala Kejaksaan Negeri setempat. Perpanjangan penahanan yang diberikan Kepala Kejaksaan Negeri hanya diberikan untuk paling lama 40 (empat puluh) hari.
- h) Atas perpanjangan tersebut, dibuat Berita Acara Penahanan. Apabila untuk kepentingan penyidikan diperlukan penyitaan barang bukti, maka Kepala Kepolisian Sektor mengirimkan Laporan, permohonan dan persetujuan atas penyitaan barang bukti kepada Ketua Pengadilan Negeri setempat. Atas laporan dan permohonan tersebut, Ketua Pengadilan Negeri menerbitkan: penetapan yang memberi persetujuan terhadap penyitaan tersebut.
- i) Kepala Kepolisian Sektor mengeluarkan surat permintaan penyitaan. Apabila telah dilakukan penyitaan, maka dibuatkan Berita Acara Penyitaan.
- j) Kemudian berkas perkara tersebut dikirim ke Kejaksaan Negeri Setempat.

2) Proses Penyelesaian Perkara Pidanan Terhadap Kedua Bagi Dokter Dan Tenaga Kesehatan lainnya (di Kejaksaan)

Setelah menerima berkas perkara dari Kepolisian, kepada Kejaksaan Negeri setempat menunjuk seorang Jaksa yang bertindak sebagai Penuntut Umum dalam perkara tersebut. Di sini dikeluarkan surat perintah penunjukan Jaksa Penuntut Umum untuk penyelesaian perkara tersebut. Apabila untuk kepentingan penuntutan, Jaksa Penuntut Umum memandang perlu untuk melakukan penahanan terhadap tersangka, maka Kepala Kejaksaan Negeri mengeluarkan surat perintah penahanan.

Perintah penahanan oleh Jaksa Penuntut Umum hanya berlaku paling lama 20 hari namun dapat diperpanjang lagi paling lama 30 hari oleh Ketua Pengadilan Negeri dengan permohonan oleh Jaksa Penuntut Umum. Setelah itu Jaksa Penuntut Umum memeriksa apakah pemeriksaan oleh penyidik sudah cukup.

Apabila masih belum sempurna maka berkas perkara dikirim kembali ke Kepolisian untuk disempurnakan. Selanjutnya Jaksa Penuntut Umum membuat Surat Dakwaan dan dengan surat pelimpahan acara pemeriksaan berkas perkara dilimpahkan ke Pengadilan Negeri.

3) Proses Penyelesaian Perkara Pidana Tahap Ketiga bagi dokter dan tenaga kesehatan lainnya (Di pengadilan)

Sebagaimana diatur dalam UU Nomor 8 Tahun 1981 tentang Kitab Undang-undang Hukum Acara Pidana atau (KUHP). Proses penyelesaian perkara pidana dengan acara pemeriksaan biasa di pengadilan. Setelah menerima berkas dari Kejaksaan, berdasarkan atas pasal 152 KUHP, maka jika pengadilan negeri menerima surat pelimpahan perkara dan berpendapat bahwa perkara itu termasuk wewenangnya, ketua Pengadilan Negeri membuat penetapan tentang penunjukan Hakim Majelis untuk menyidangkan perkara tersebut.

Berkas perkara diserahkan kepada Hakim Ketua Majelis dimana selanjutnya Hakim Ketua Majelis mengeluarkan penetapan perintah penahanan dan surat penetapan harus sidang. Sidang ini melalui tahap-tahap persidangan sebagai berikut :

- a) Sidang pertama, Pembacaan Surat Dakwaan. Menurut pasal 154 KUHP, hakim ketua sidang memerintahkan agar dokter yang merupakan terdakwa dipanggil masuk dan jika ia dalam tahanan, ia dihadapkan dalam keadaan bebas hukum sesuai dengan pasal 155 KUHP, maka pada permulaan sidang, hakim ketua menanyakan kepada terdakwa tentang nama lengkap, tempat lahir, umur atau tanggal lahir, jenis kelamin, kebangsaan, tempat tinggal, agama dan pekerjaannya, saat mengingatkan terdakwa supaya memperhatikan segala sesuatu yang didengar dan dilihatnya sidang. Sesudah itu maka ketua kemudian minta kepada penuntut umum untuk membacakan surat dakwaan.

Surat dakwaan harus memenuhi syarat formal dan materiil. Yang merupakan syarat formil : nama, umur, tempat dan tanggal lahir, tempat tinggal, pekerjaan, agama, dan kebangsaan terdakwa. Yang merupakan syarat materiil adalah,

- Waktu dan tempat pidana dilakukan,
- Unsur-unsur tindak pidana yang didakwakan,
- Keterangan mengenai keadaan, terutama yang dapat memberatkan atau meringankan terdakwa,

- Pasal-pasal undang-undang yang dilanggar.
- b) Sidang kedua Eksepsi (jika ada) dalam hal ini pasal 156 KUHAP memberikan wewenang kepada terdakwa atau penasehat hukum untuk mengajukan keberatan atas Surat Dakwaan
 - c) Sidang ketiga Tanggapan Jaksa Penuntut Umum (*replik*)
 - d) Sidang keempat Tanggapan Penasehat Hukum atas Tanggapan Penuntun Umum (*duplik*)
 - e) Sidang kelima Putusan Sela oleh Hakim Ketua Majelis. Apabila hakim menyatakan bahwa keberatan tersebut beralasan dan diterikma, maka perkara itu tidak diperiksa lebih lanjut. Sebaliknya apabila keberatan dari terdakwa itu tidak beralasan dan tidak diterima, atau hakim berpendapat hal tersebut baru dapat diputus setelah selesai pemeriksaan, maka jalannya sidang dilanjutkan.
 - f) Sidang keenam: Pembuktian (Pemeriksaan saksi/ saksi ahli). Didalam sidang ini, hakim ketua sidang sesuai dengan ketentuan dalam pasal 181 KUHAP juga karena memperlihatkan kepada dokter sebagai terdakwa segala barang bukti dan menanyakan padanya apakah ia mengenal barang tersebut.
 - g) Sidang ketujuh: Pembacaan Tuntuan (*requisitor*)
 - h) Sidang kedelapan: Pembacaan Pembelaan (*pledooi*)
 - i) Sidang kesembilan: Pembacaan Replik (Tanggapan dari JPU atas *pledooi* Penasihat Hukum).
 - j) Sidang kesepuluh: Pembacaan duplik (tanggapan dari Penasihat Hukum atas Replik dari Jaksa Penuntut Umum).
 - k) Sidang kesebelas: Pembacaan Putusan. Putusan pengadilan itu ada tiga macam, yaitu putusan pengadilan yang mengandung:
 - Pembebasan terdakwa
 - Pelepasan terdakwa dari segala tuntutan
 - Suatu pemidanaan terdakwa

4) Pelaksanaan Putusan Pengadilan

Pasal 14 huruf J menyatakan, penuntut umum berwenang melaksanakan penetapan hakim. Sejalan dengan itu sesuai ketentuan pasal 270, Jaksa melaksanakan keputusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap dan untuk melaksanakan putusan panitera mengirimkan surat putusan yang dilaksanakan dengan segera pasal 197 ayat (3).

5) Upaya Hukum

Hak terdakwa atau Penuntut Umum untuk tidak menerima putusan pengadilan disalurkan melalui adanya upaya hukum. Kegunaanya adalah:

- a) Untuk memperbaiki kesalahan yang dibuat oleh instansi yang sebelumnya.
- b) Untuk kesatuan dalam peradilan.

Dengan adanya upaya hukum ini ada jaminan baik bagi terdakwa maupun masyarakat atau tenaga kesehatan bahwa peradilan baik menurut fakta dan hukum adalah benar dan sejauh mungkin seragam.

Upaya hukum bisa terdiri dari dua bagian, bagian pertama tentang pemeriksaan banding dan bagian kedua tentang pemeriksaan kasasi.

Upaya hukum luar biasa tercantum dalam bab XVIII KUHAP, yang terdiri atas dua bagian, bagian pertama Pemeriksaan Tingkat Kasasi Demi kepentingan Hukum dan bagian kedua Tinjauan Kembali Putusan Pengadilan yang telah memperoleh hukum tetap. Seperti telah dijelaskan Peninjauan Kembali (PK). Biasanya dikabulkan jika adanya bukti baru (novum).

Seperti dijelaskan diatas proses penyelesaian perkara pidana tidak terbatas hanya untuk dokter, juga bisa untuk tenaga kesehatan lainnya bidan, perawat, apoteker, dan tenaga kesehatan lainnya. Yang khusus biasanya memang tenaga kesehatan yang berhubungan langsung dengan pasien.

c. Melalui Jalur Keadilan Tata Usaha Negara

proses melalui jalur Pengadilan Tata Usaha Negara ada prinsipnya sama dengan jalur pengadilan perdata, tetapi ada tambahan pada pengadilan Tata Usaha Negara dikenal dengan "Proses Dismissel". Sengketa kedua pihak akan dinilai oleh hakim pada proses ini apakah sengketa ini layak diteruskan ke Pengadilan Tata Usaha Negara. Dalam pengadilan Tata Usaha ini hakim lebih aktif untuk menggali kasus.

Berdasarkan Undang-Undang No. 51 Tahun 2009 Tentang Perubahan Kedua Undang-Undang No 5 Tahun 1986 Tentang Peradilan Tata Usaha Negara. Sengketa Tata Usaha adalah sengketa yang timbul dalam tata usaha negara antara orang atau badan hukum atau perdata dengan badan atau pejabat tata usaha negara, baik dipusat maupun di daerah, sebagai akibat dikeluarkannya keputusan tata usaha negara, termasuk sengketa kepegawaian berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Dari hasil proses tata usaha negara dikeluarkan Keputusan Tata Usaha Negara, yaitu suatu penetapan tertulis yang dikeluarkan oleh badan atau pejabat tata usaha negara yang berisi tindakan hukum tata usaha negara yang berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku yang bersifat konkret, individual dan final, yang menimbulkan akibat hukum bagi seseorang atau badan hukum perdata.

BAB 8

MALPRAKTIK TENAGA KESEHATAN

A. Definisi Malpraktik

Malpraktik terdiri dari dua suku kata *mal* dan *praktik*. *Ma/* berasal dari kata Yunani yang berarti buruk. Sedangkan praktik menurut Kamus Umum Bahasa Indonesia berarti menjalankan perbuatan yang tersebut dalam teori atau menjalankan pekerjaan atau profesi. Jadi, malpraktik berarti menjalankan pekerjaan yang buruk kualitasnya.

Berdasarkan *Coughlin's Law Dictionary*, malpraktik adalah sikaptindak profesional yang salah dari seseorang yang berprofesi, seperti dokter, perawat, ahli hukum, akuntan, dokter gigi, dokter hewan dan sebagainya. Malpraktik bisa diakibatkan karena sikap tindak yang bersifat tidak peduli, kelalaian, atau kurang-ketrampilan atau kehati-hatian dalam pelaksanaan kewajiban profesionalnya, tindakan salah yang sengaja atau praktek yang bersifat tidak etis. Berdasarkan pengertian tersebut, malpraktik bisa terjadi pada semua profesi baik perawat, dokter, atau profesi yang lain.

Pengertian malpraktik secara umum menyebutkan adanya kesembronoan (*professional misconduct*) atau ketidakcakapan yang tidak dapat diterima (*unreasonable lack of skill*) yang diukur dengan ukuran yang terdapat pada tingkat keterampilan sesuai dengan derajat ilmiah yang lazimnya dipraktikkan pada setiap situasi dan kondisi di dalam komunitas anggota profesi yang mempunyai reputasi dan keahlian rata-rata.

Dalam kasus *Valentin v. Society se Bienfaisance de Los Angelos California* 1956 dirumuskan, malpraktik adalah kelalaian dad seorang dokter atau perawat untuk menerapkan tingkat ketrampilan dan pengetahuannya didalam memberikan pelayanan pengobatan dan perawatan terhadap seorang pasien yang lazimnya diterapkan dalam mengobati dan merawat orang sakit atau terluka di lingkungan wilayah yang sama. Sedangkan, menurut *The Oxford Illustrated Dictionary*, malpraktik yaitu sikap-tindak yang salah, (hukum) pemberian pelayanan terhadap pasien yang tidak benar oleh profesi medis, tindakan yang ilegal untuk memperoleh keuntungan sendiri sewaktu dalam posisi kepercayaan.

Dapat ditarik kesimpulan bahwa yang dimaksud dengan malpraktik karena tindakan yang disengaja (*intentional*), seperti pada kelakuan buruk (*misconduct*) tertentu, tindakan kelalaian (*negligence*) ataupun suatu ketidakmahiran atau ketidakkompetenan yang tidak beralasan.

B. Malpraktik Administrasi

Aspek hukum administrasi menyatakan bahwa tenaga kesehatan yang akan melakukan praktik baik di institusi kesehatan maupun mandiri wajib memiliki izin yang dikeluarkan oleh pemerintah. Hal ini sesuai dengan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 23 ayat (3) yang berbunyi "dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan wajib memiliki izin dari pemerintah".

Perlu diketahui bahwa dalam melakukan *police power*, pemerintah mempunyai kewenangan menerbitkan berbagai ketentuan di bidang kesehatan, misalnya tentang persyaratan bagi tenaga kesehatan untuk menjalankan profesinya (Surat Tanda Registrasi /STR), batas kewenangan serta kewajiban tenaga kesehatan. Izin menjalankan praktik memiliki dua makna, yaitu:

1. izin dalam arti pemberian kewenangan secara formil (*formeele bevoegdheid*)
2. izin dalam arti pemberian kewenangan secara materiil (*materieele bevoegdheid*).

Secara teoritis, izin merupakan pembolehan (khusus) untuk melakukan sesuatu yang secara umum dilarang. Dalam pengertian yang luas, izin adalah suatu persetujuan dari penguasa berdasarkan Undang-Undang atau Peraturan Pemerintah. Sebagai contoh: perawat boleh melakukan pemeriksaan (bagian tubuh yang harus dilihat), serta melakukan sesuatu (terhadap bagian tubuh yang memerlukan tindakan dengan persetujuan) yang izin semacam itu tidak diberikan kepada profesi lain.

Pada hakikatnya, perangkat izin (formal atau material) menurut hukum administrasi adalah:

1. Mengarahkan aktivitas, artinya pemberian izin (formal atau material) dapat memberi kontribusi, ditegakkannya penerapan standar profesi dan standar pelayanan yang harus dipenuhi oleh para perawat dalam pelaksanaan praktiknya.
2. Mencegah bahaya yang mungkin timbul dalam rangka penyelenggaraan praktik tenaga kesehatan, dan mencegah penyelenggaraan praktik tenaga kesehatan oleh orang yang tidak berhak.
3. Melakukan proses seleksi, yakni penilaian administratif, serta kemampuan teknis yang harus dipenuhi oleh setiap tenaga kesehatan.
4. Memberikan perlindungan terhadap warga masyarakat terhadap praktik yang tidak dilakukan oleh orang yang memiliki kompetensi tertentu.

Dari sudut bentuknya, izin diberikan dalam bentuk tertulis, berdasarkan permohonan tertulis yang diajukan. Lembaga yang berwenang mengeluarkan izin juga didasarkan pada

kemampuan untuk melakukan penilaian administratif dan mengerti profesi kesehatan. Pengeluaran izin dilandaskan pada asas-asas keterbukaan, ketertiban, ketelitian, keputusan yang baik, persamaan

hak, kepercayaan, kepatutan dan keadilan. Selanjutnya apabila syarat-syarat tersebut tidak terpenuhi (lagi) maka izin dapat ditarik kembali.

Pelanggaran hukum administrasi adalah sebagai jalan menuju malpraktik. Dari aspek hukum administrasi, pelanggaran hukum administrasi akan dikenai sanksi administrasi. Sanksi administrasi yang diberikan dapat berupa pencabutan izin dan denda administrasi. Seperti yang tertera dalam UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 188 ayat (1) yang menyatakan bahwa "*Menteri dapat mengambil tindakan administratif terhadap tenaga kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan yang melanggar ketentuan sebagaimana diatur dalam Undang-Undang ini*". Lebih lanjut pada ayat (3) "*tindakan administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa:*

- a. peringatan secara tertulis
- b. pencabutan izin sementara atau izin tetap.

Kemudian dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 1796/ MENKES/PERNIII/2C11 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan Pasal 12 point b disebutkan bahwa STR akan dicabut atas dasar peraturan perundang-undangan. Hal ini bisa dilakukan apabila terjadi pelanggaran terhadap Undang-Undang. Sebagai contoh, seorang perawat yang melakukan tindakan keperawatan yang tidak sesuai dengan perundangan yang berlaku dapat dikenai sanksi pencabutan STR.

Alasan pencabutan izin biasanya pada individu tenaga kesehatan yang telah menyalahgunakan wewenang, gagal mempertahankan pendidikan dan ketrampilan sesuai dengan ketentuan tahun atau periode praktik tenaga kesehatan, menjadi tertuduh dalam tindak kriminal, dan melakukan tindakan tidak profesional. Pencabutan dilakukan dengan mengeluarkan suatu ketetapan baru yang isinya menarik kembali dan/atau menyatakan tidak berlaku lagi ketetapan yang terdahulu. Pencabutan ini berarti meniadakan hak-hak yang terdapat dalam ketetapan itu oleh organ pemerintah. Hak-hak dan kewajiban-kewajiban yang timbul setelah terbitnya ketetapan tersebut menjadi hapus atau tidak ada sebagaimana sebelum terbitnya ketetapan tersebut dan sanksi ini dilakukan sebagai reaksi terhadap tindakan yang bertentangan dengan hukum (*onrechtmatig gedrag*).

Pencabutan izin diterapkan dalam hal terjadinya pelanggaran terhadap peraturan atau syarat syarat yang dilekatkan pada penetapan tertulis yang telah diberikan, juga dapat terjadi pelanggaran undang-undang yang berkaitan dengan izin yang dipegang oleh si pelanggar. Denda administrasi dikenakan kepada pihak yang melanggar hukum administrasi. Pada umumnya dalam berbagai peraturan perundang-undangan, hukuman yang berupa denda ini telah ditentukan mengenai jumlah yang dapat dikenakan kepada pihak yang telah melanggar ketentuan. Denda administratif hanya dapat diterapkan atas dasar kekuatan wewenang yang diatur dalam undang-undang dalam arti formal.

C. Malpraktik Perdata

Ditinjau dari hukum perdata, hubungan hukum yang terjadi antara tenaga kesehatan dan pasien yaitu hubungan perikatan (*verbinten*), dimana tenaga kesehatan dan pasien telah mengikat diri dengan kesepakatan-kesepakatan atau perjanjian yang harus dipenuhi oleh masing-masing pihak. Perikatan artinya hal yang mengikat subjek hukum yang satu terhadap subjek hukum yang lain. Perikatan hukum adalah suatu ikatan antara dua subjek hukum atau lebih untuk melakukan sesuatu atau tidak melakukan sesuatu atau memberikan sesuatu prestasi. Bentuk prestasi dalam bidang kesehatan yaitu memberikan pelayanan kesehatan semata-mata untuk kepentingan (kesembuhan) pasien.

Perikatan hukum yang terjadi antara pasien dan tenaga kesehatan termasuk perikatan usaha (*inspanningverbinten*) yang artinya suatu bentuk perikatan yang isi prestasinya yaitu salah satu pihak harus berbuat sesuatu secara maksimal dengan sebaik-baiknya dan secermat-cermatnya kepada pihak lain. *Inspanningverbinten* menekankan suatu usaha maksimal yang harus dilakukan tenaga kesehatan untuk kesembuhan pasien. Tenaga kesehatan tidak menjanjikan kesembuhan pasien (*resultaatsverbinten*) akan tetapi mengusahakan secara maksimal kesembuhan pasien.

Dilihat dari sumber lahirnya perikatan, terdapat dua kelompok perikatan hukum. Pertama yaitu perikatan yang disebabkan oleh suatu kesepakatan dan apabila kesepakatan ini dilanggar akan menyebabkan wanprestasi. Kedua yaitu perikatan yang disebabkan oleh Undang-Undang, apabila hal ini dilanggar akan menyebabkan perbuatan melawan hukum. Selain itu, ada yang disebut *zaakwaarneming* yaitu pelanggaran suatu kewajiban hukum dapat terjadi karena UU.

Wanprestasi

Wanprestasi dalam arti harfiah adalah prestasi yang buruk, yang pada dasarnya melanggar isi/kesepakatan dalam suatu perjanjian/ kontrak oleh salah satu pihak. Pihak yang melanggar

disebut debitur, dan yang pihak yang dilanggar disebut kreditur. Bentuk nyata pelanggaran debitur ada empat macam yaitu:

- a. Tidak memberikan prestasi sama sekali sebagaimana yang diperjanjikan
- b. Memberikan prestasi tidak sebagaimana mestinya, tidak sesuai kualitas atc.j kuantitas dengan yang diperjanjikan.
- c. Memberikan prestasi tetapi sudah terlambat tidak tepat waktu sebagaimana yang diperjanjikan
- d. Memberikan presatasi yang lain dari yang diperjanjikan.

Wanprestasi dokter dan tenaga kesehatan dari kontrak terapeutik dapat berupa satau salah satu dari empat macam tersebut. Dalam hal ini kontrak yang merupakan *inspanningsverbintenins*, dimana kewajiban atau prestasi tenaga kesehatan yang dijalankan pada pasien adalah perlakuan pengobatan dan perawatan yang sebaikbaiknya sesuai dengan standar operasional pelayanan kesehatan Kriteria wanprestasi disebutkan secara umum dalam Pasal 1234 BW dengan istilah yang sangat singkat yakni "...tidak dipenuhinya suatu perikatan..." Apa yang menjadi isi aspek tidak terpenuhinya suatu perikatan itu adalah tidak melaksanakan isi perjanjian. Pada dasarnya, isi perjanjian adalah prestasi yang wujudnya ada tiga yakni berbuat sesuatu, tidak berbuat sesuatu, dan memberikan sesuatu (Pasal 1234 BW). Prestasi tenaga kesehatan dalam hal ini adalah memberikan pelayanan kesehatan sebaik-baiknya sesuai dengan standar operasional prosedur dan standar yang berlaku umum bagi profesi tenaga kesehatan. Selain adanya unsur pelanggaran isi perjanjian, dalam wanprestasi juga ada unsur kerugian. Unsur kerugian yang dimaksud adalah penggantian biaya, rugi, dan bunga, yang terdapat dalam Pasal 1243 BW, khususnya pada perkataan rugi yang artinya suatu kerugian.

Perbuatan melawan hukum

Dalam Pasal 1365 BW disebutkan bahwa "tiap perbuatan melanggar hukum, yang membawa kerugian kepada orang lain, mewajibkan orang yang karena salahnya menerbitkan kerugian itu, mengganti kerugian tersebut". Dalam hal ini apabila perbuatan tenaga kesehatan menyimpang dari standar operasional prosedur atau standar yang berlaku yang menimbulkan kerugian bagi pasien maka dapat dikategorikan sebagai perbuatan melawan hukum. Dalam pasal tersebut tertulis "...karena salahnya..", hal ini mengandung arti, bahwa salah yang diperbuat bisa dalam bentuk kesengajaan atau kelalaian, aktif (berbuat sesuatu) maupun pasif (tidak berbuat sesuatu) dalam memberikan pelayanan kesehatan terhadap pasien.

Perbuatan melawan hukum merupakan suatu bentuk tindak pidana, dan apabila perbuatan melawan hukum tersebut dapat membawa kerugian baik berupa materiil maupun immaterial dapat terjerat hukum perdata. Namun, perlu dibedakan kerugian karena wanprestasi dan kerugian karena perbuatan melawan hukum. Salah satu indikator apakah kerugian karena wanprestasi atau perbuatan melawan hukum yaitu apakah malpraktik tersebut telah masuk atau tidak dalam ranah hukum pidana. Apabila tindakan tersebut masuk ranah hukum pidana, hal ini berarti kerugian tersebut karena perbuatan melawan hukum bukan karena wanprestasi. Kerugian seperti kehilangan harapan kesembuhan, rasa penderitaan atau kesakitan yang berkepanjangan, kehilangan bagian tubuh tertentu, hilang ingatan, luka-luka, bahkan sampai pada kematian pasien bukan kerugian yang dapat dituntut atas dasar wanprestasi, akan tetapi kerugian yang dituntut atas dasar perbuatan melawan hukum. Kerugian dari perbuatan melawan hukum adalah kerugian sebagai akibat langsung dari perbuatan yang dapat dipersalahkan pada si pembuat atau mengandung sifat melawan hukum yang tidak harus dalam suatu perikatan hukum. Suatu perbuatan dikategorikan melawan hukum apabila memenuhi salah satu atau beberapa diantara empat syarat sebagai berikut:

- a. Bertentangan dengan hak orang lain
- b. Bertentangan dengan kewajiban hukumnya sendiri
- c. Bertentangan dengan nilai-nilai/norma kesusilaan
- d. Bertentangan dengan keharusan yang harus diindahkan dalam pergaulan masyarakat mengenai orang lain atau Benda.

Berdasarkan pengertian perbuatan melawan hukum yang terdapat pada rumusan Pasal 1365 BW, maka ada empat syarat yang harus dipenuhi untuk menuntut kerugian adanya perbuatan melawan hukum. Syarat tersebut yaitu:

- a. Adanya perbuatan (*daad*) yang termasuk kualifikasi perbuatan melawan hukum
Syarat pertama adalah harus ada perbuatan. Tidak mungkin ada perbuatan melawan hukum kalau tidak ada perbuatan sama sekali, jadi harus terbukti adanya perbuatan, baik aktif maupun pasif. Perbuatan aktif adalah suatu perbuatan yang wujudnya berupa gerakan tubuh atau bagian dari tubuh. Perbuatan pasif adalah tidak melakukan sesuatu yang seharusnya (dalam keadaan tertentu) diwajibkan untuk melakukan perbuatan tertentu.
- b. Adanya kesalahan (*doleus* maupun *culpoos*) si pembuat Untuk dapat dipertanggungjawabkan orang yang melakukan perbuatan melawan hukum, Pasal 1365

BW mensyaratkan adanya kesalahan. Namun, pasal 1365 BW tidak membedakan antara kesalahan dalam bentuk kesengajaan (*doleus*) dan kesalahan dalam bentuk kurang hati-hati (*culpa*). Jadi, berbeda dengan Hukum Pidana yang membedakan antara kesengajaan dan kurang hati-hati.

Jika orang yang dirugikan juga mempunyai kesalahan atas timbulnya kerugian, sebagian daripada kerugian tersebut dibebankan kepadanya kecuali jika perbuatan melanggar hukum itu dilakukan dengan sengaja. Atau, jika kerugian yang terjadi adalah karena kesalahan yang dilakukan beberapa orang, setiap orang yang bertanggungjawab atas terjadinya kerugian tersebut dapat dituntut untuk membayar ganti kerugian seluruhnya. Dan, seseorang tidak dapat dikatakan melakukan perbuatan melanggar hukum, bilamana ia melakukan sesuatu perbuatan karena keadaan memaksa (*overmacht*), keadaan darurat (*noodweer*) dan hak pribadi. Kemudian, seseorang tidak dapat dipertanggungjawabkan atas perbuatan yang dilakukannya karena perintah kepegawaian dan salang sangka yang dimaafkan. Namun, orang tidak hanya bertanggungjawab atas kerugian yang disebabkan oleh perbuatan, kelalaian atau kurang hati-hatinya sendiri, tetapi juga bertanggungjawab atas kerugian yang disebabkan oleh perbuatan orang-orang yang menjadi tanggungannya.

c. Adanya akibat kerugian (*schade*)

Kerugian yang disebabkan oleh perbuatan melanggar hukum dapat berupa kerugian materiil dan dapat berupa immaterial. Kerugian materiil dapat terdiri dari kerugian yang nyata diderita dan hilangnya keuntungan yang diharapkan. Adapun kerugian immaterial adalah kerugian berupa pengurangan kesenangan hidup misalnya luka atau cacatnya anggota badan/tubuh.

Berbeda dengan kerugian yang dituntut melalui perbuatan melawan hukum dan wanprestasi. Kerugian yang dituntut atas dasar wanprestasi hanyalah kerugian materiil atau kerugian kekayaan/kebendaan, atau kerugian yang dapat dinilai dengan uang. Sementara, kerugian yang dituntut melalui perbuatan melawan hukum selain kerugian kebendaan akan tetapi juga kerugian yang bersifat kebendaan (materiil atau immaterial), namun dapat diperkirakan nilai kebendaannya berdasarkan kelayakan.

d. Adanya hubungan perbuatan dengan akibat kerugian (*oorzakelijk verband* atau *causal verband*) orang lain

Untuk dapat menuntut ganti rugi terhadap orang yang melakukan pelanggaran hukum, selain harus ada kesalahan, Pasal 1365 BW juga mensyaratkan adanya hubungan kausal artinya hubungan sebab-akibat antara perbuatan melanggar hukum dan kerugian. Jadi, kerugian itu harus timbul sebagai akibat perbuatan orang yang merupakan perbuatan melanggar hukum tersebut.

Dalam hubungannya dengan *causaliteit*, dikenal dua macam teori yaitu teori *condition sine qua non* dan teori *adequate veroorzaking*. Menurut teori *condition sine qua non*, suatu hal adalah sebab dari suatu akibat, akibat itu tidak akan terjadi jika sebab itu tidak ada. Jadi teori ini mengenal banyak sebab dari suatu akibat. Sedangkan, menurut teori *veroorzaking*, suatu hal baru dapat dinamakan sebab dari suatu akibat, apabila menurut pengalaman masyarakat dapat diduga, bahwa sebab itu akan diikuti oleh akibat tersebut.

Di Indonesia, hubungan sebab-akibat yang dikenal yaitu akibat langsung, *Arrest HR* menyatakan bahwasannya kerugian harus dianggap sebagai akibat daripada perbuatannya yang timbulnya langsung dan seketika juga apabila akibat tersebut merupakan akibat dari perbuatan yang dilakukan secara layak dapat diharapkan akan timbul.

Zaakwaarneming

Zaakwaarneming adalah suatu perbuatan dimana seseorang dengan sukarela dan tanpa mendapat perintah, mengurus kepentingan (urusan) orang lain, dengan atau tanpa sepengetahuan orang ini. Dalam Pasal 1354 BW, dijelaskan *bahwazaakwaarneming* atau perwalian sukarela yaitu jika seorang dengan sukarela, dengan tidak mendapat perintah untuk itu, mewakili urusan orang lain dengan atau tanpa sepengetahuan orang ini, maka ia secara diam-diam mengikat dirinya untuk meneruskan serta menyelesaikan urusan tersebut, hingga orang yang diwakili kepentingannya dapat mengerjakan sendiri urusan itu.

Dalam bidang kesehatan, *zaakwaarneming* ini digunakan pada kasus darurat (*emergency*), dimana pasien tidak mempunyai daya upaya bahkan untuk memberikan *informed consent*. Dalam keadaan yang demikian perikatan yang timbul tidak berdasarkan suatu persetujuan pasien, tetapi berdasarkan suatu perbuatan menurut hukum yaitu perawat berkewajiban untuk mengurus kepentingan pasien dengan sebaik-baiknya.

Dalam istilah ilmu hukum perdata yang melakukan pengurusan kepentingan orang lain dinamakan *zaakwaarnemer* atau *gestor* (perawat) sedangkan yang mempunyai kepentingan dinamakan *dominus* (pasien). Untuk menentukan apakah suatu perbuatan

seseorang merupakan *zaakwaarneming* atau tidak, perlu dilihat apa yang terdapat di dalam perbuatan itu. Syarat-syarat adanya *zaakwaarneming* adalah sebagai berikut:

- a. Yang diurus (diwakili) oleh *zaakwaarnemer* adalah kepentingan orang lain, bukan kepentingan dirinya sendiri.
- b. Perbuatan pengurusan kepentingan orang lain itu harus dilakukan *zaakwaarnemer* dengan sukarela, artinya karena kesadaran sendiri tanpa mengharapkan imbalan/upah apapun, dan bukan karena kewajiban yang timbul dari undang-undang maupun perjanjian.

Perbuatan pengurusan kepentingan orang lain itu harus dilakukan oleh *zaakwaarnemer* tanpa adanya perintah (kuasa) melainkan atas inisiatif sendiri.

- d. Harus terdapat suatu keadaan yang membenarkan inisiatif seseorang untuk bertindak sebagai *zaakwaarnemer* misalnya, keadaan yang mendesak untuk berbuat.

Berdasarkan KUH Perdata, hak dan kewajiban *zaakwaarnemer* atau *gestor* yaitu :

- a. *Zaakwaarnemer* berkewajiban *meneruskan* pengurusan kepentingan *dominus* sampai *dominus* dapat mengurus sendiri kepentingannya. Kewajiban *zaakwaarnemer* di sini sama dengan penerima kuasa biasa (Pasal 1355).
- b. *Zaakwaarnemer* harus melakukan pengurusan kepentingan *dominus* dengan sebaik-baiknya (Pasal 1356).
- c. *Zaakwaarnemer* harus bertanggung jawab sama seperti kuasa biasa (Pasal 1354) yaitu memberikan laporan tentang apa yang telah dilakukan demi kepentingan *dominus* dan pertanggungjawaban keuangan.
- d. Apabila *zaakwaarnemer* melakukan tugasnya dengan baik, ia *berhak* atas penggantian biaya yang telah dikeluarkannya yang sangat perlu dan bermanfaat bagi kepentingan *dominus*. Menurut Arrest Hoge Raad tanggal 19 Desember 1948, seorang *zaakwaarnemer* mempunyai *hak retensi* yaitu hak menahan barang-barang kepunyaan *dominus* sampai pengeluaran/pengeluarannya dibayar kembali oleh *dominus*.

Sedangkan hak dan kewajiban *dominus* adalah kebalikan dari pada apa yang merupakan kewajiban dan hak *zaakwaarnemer*.

Tuntutan *dominus* atas penyelesaian kewajiban *zaakwaarnemer* dinamakan *Actio Directa*, sedangkan tuntutan *zaakwaarnemer* atas pertanggungjawaban *dominus* terhadap akibat-akibat *zaakwaarneming* yang telah dilaksanakan dengan baik oleh *zaakwaarnemer* seperti penggantian

biaya-biaya yang telah dikeluarkan dinamakan *Actio Contraria*. Demi membenarkan pengaturan kewajiban- kewajiban *zaakwaarnemer* dan *dominus* tersebut dalam hukum positif dapat dikemukakan berbagai asas hukum seperti pemeliharaan *altruisme* (cinta kasih kepada sesama manusia), kepentingan masyarakat, keadilan, pengakuan kewajiban tolong menolong.

D. Malpraktik Pidana

Perbuatan seseorang dapat dimasukkan dalam kategori *criminal malpractice* manakala perbuatan tersebut memenuhi rumusan delik pidana yakni: (1) perlakuan (asuhan keperawatan), (2) sikap batin, (3) mengenai hal akibat. Pada dasarnya perlakuan adalah perlakuan yang menyimpang. Mengenai sikap batin adalah kesengajaan atau *culpa*. Mengenai hal akibat adalah mengenai timbulnya kerugian bagi kesehatan atau nyawa pasien.

1. Perlakuan salah

Perlakuan atau perbuatan adalah wujud-wujud konkret sebagai bagian dari perlakuan atau pelayanan kesehatan. Semua perbuatan dalam pelayanan kesehatan dapat mengalami kesalahan (sengaja atau lalai) yang pada ujungnya menimbulkan malpraktik, apabila dilakukan secara menyimpang.

Perlakuan tidak selalu bersifat aktif (berupa wujud perbuatan tertentu) tetapi juga termasuk tidak berbuat sebagaimana seharusnya berbuat, karena dengan tidak berbuat melanggar suatu kewajiban hukum. Tidak berbuat sebagaimana dituntut untuk berbuat merupakan bagian dari perlakuan yang dapat menjadi objek lapangan malpraktik.

2. Sikap batin

Sikap batin adalah sesuatu yang ada di dalam batin sebelum seseorang berbuat. Sesuatu yang ada dalam alam batin ini dapat berupa kehendak, pengetahuan, pikiran, perasaan, dan apa pun yang melukiskan keadaan batin seseorang sebelum berbuat. Setiap orang normal memiliki sikap batin seperti itu. Dalam keadaan normal, setiap orang memiliki kemampuan, mengarahkan, dan mewujudkan sikap batinnya ke dalam perbuatan-perbuatan. Apabila kemampuan mengarahkan dan mewujudkan alam batin kedalam perbuatan-perbuatan tertentu dilarang, hal itu disebut kesengajaan. Namun, apabila kemampuan berpikir, berperasaan, dan berkehendak itu tidak digunakan sebagaimana mestinya dalam hal melakukan suatu perbuatan yang pada kenyataannya di larang, maka sikap batin tersebut dinamakan kelalaian (*culpa*). Sebelum perbuatan diwujudkan, ada tiga arah sikap batin, yaitu:

- Sikap batin mengenai wujud perbuatan (terapi)
- Sikap batin mengenai sifat melawan hukum perbuatan
- Sikap batin mengenai akibat dari wujud perbuatan.

Sikap batin dalam pelayanan kesehatan pada umumnya adalah sikap batin kealpaan yang dalam doktrin dilawankan dengan kesengajaan (*dolus* atau *opset*) yang dalam rumusan undang-undang selalu ditulis dengan kesalahan.

Ajaran culpa subjektif

Pandangan ajaran *culpa* subjektif dalam usahanya menerangkan tentang *culpa* yang bertitik tolak pada syarat-syarat subjektif pada diri si pembuat. Untuk mengukur adanya *culpa*, menilai sikap batin seseorang sebagai lalai dapat dilihat pada beberapa unsur mengenai perbuatan, yakni dapat dalam hal ini:

- Apa wujud perbuatan, cara perbuatan, dan alat untuk melakukan perbuatan
- Sifat tercelanya perbuatan
- Objek perbuatan
 - Akibat yang timbul dari wujud perbuatan

Sikap batin *culpa* dalam hubungannya dengan wujud dan cara perbuatan adalah sikap batin yang tidak atau kurang mengindahkan atau kurang bersikap hati-hati mengenai wujud dan cara perbuatan atau alat yang digunakan dalam perbuatan. Sikap batin dalam hubungannya melawan hukum perbuatan adalah sikap batin yang seharusnya ada pada diri si pembuat sebelum berbuat, yakni perbuatan yang hendak dilakukannya adalah terlarang. Jika karena keteledoran dan kekurangpengetahuannya ia tidak menyadari bahwa perbuatannya adalah terlarang, padahal karena kedudukannya sebagai seorang profesional ia memikul kewajiban untuk mengetahuinya. Dengan demikian, telah terjadi kelalaian mengenai sifat melawan hukumnya perbuatan.

Sikap batin dalam hubungannya dengan objek perbuatan dan hal-hal lain disekitar objek perbuatan adalah sikap batin yang tidak mengindahkan segala sesuatu mengenai objek yang akan dilakukan oleh perbuatan. Sikap batin lalai dalam hubungannya dengan akibat terlarang dari suatu perbuatan dapat terletak diantara satu atau tiga hal berikut:

- Terletak pada ketiadaan pikir sama sekali terhadap akibat yang dapat timbul dari suatu perbuatan.
- Terletak pada pemikiran tentang akibat yang diyakini tidak akan terjadi pada suatu perbuatan. Berdasarkan pertimbangan dari kepintaran, pengalaman, dan alat yang digunakan, ia yakin

akibat tidak akan terjadi, tetapi ternyata setelah perbuatan tersebut dilakukan akibat benar-benar terjadi.

– Terletak pada pemikiran bahwa akibat bisa terjadi. Namun, berdasarkan kepintarannya dengan telah menguasai cara-cara secara maksimal akan berusaha menghindari akibat tersebut. Ternyata setelah dilakukan akibat tersebut benar-benar terjadi.

Ajaran Culpa Objektif

Pandangan objektif yang meletakkan syarat lalai atas suatu perbuatan adalah pada kewajaran atau kebiasaan yang berlaku secara umum. Apabila dalam kondisi atau situasi tertentu, dengan syarat-syarat tertentu yang sama, seseorang mengambil pilihan untuk perbuatan tertentu sebagaimana juga bagi orang lain pada umumnya yang berada dalam kondisi dan situasi seperti itu juga mengambil pilihan yang sama, maka disini tidak ada kelalaian. Sebaliknya, apabila dalam kondisi dan situasi dan dengan syarat-syarat yang bagi orang lain pada umumnya, tidak memilih perbuatan yang telah menjadi pilihan orang itu, maka dalam mengambil pilihan perbuatan ini mengandung kelalaian.

Jadi pandangan *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-keadaan yang sama pula.

Pada dasarnya, mengenai kesalahan dalam arti luas maupun sempit, (*culpa*) adalah mengenai keadaan batin seseorang dalam hubungannya dengan perbuatan dan akibat perbuatan maupun dengan segala keadaan disekitar perbuatan, objek perbuatan, dan akibat perbuatan. Oleh karena itu, *culpa* malpraktik ditujukan setidaknya-tidaknya dalam 4 hal, yakni:

- Pada wujud perbuatan
- Pada sifat melawan hukumnya perbuatan
- Pada objek perbuatan
- Pada akibat perbuatan, beserta unsur-unsur yang menyertainya.

3. Adanya akibat kerugian

Sifat akibat dan letak hukum pengaturannya menentukan kategori malpraktik, antara malpraktik perdata atau pidana. Dari sudut hukum pidana, akibat yang merugikan masuk dalam lapangan pidana. Apabila jenis kerugian disebut dalam rumusan kejahatan menjadi unsur tindak pidana akibat kematian atau luka merupakan unsur kejahatan Pasal 359 dan 360 maka bila kelalaian/*culpa* perlakuan medis terjadi dan mengakibatkan kematian atau luka

sesuai jenis yang ditentukan dalam pasal ini maka perlakuan medis masuk kategori malpraktik pidana. Perlakuan medis yang melanggar Pasal 359 dan 360 berarti melanggar Pasal 310 KUHAP sebagai malpraktik pidana, menurut Pasal 1365 BW, juga *onrechtmatige daad* sekaligus malpraktik perdata yang dapat pula dituntut penggantian kerugian.

Antara perlakuan dengan akibat haruslah ada hubungan causal (*causaal verband*). Akibat terlarang yang tidak dikehendaki harus merupakan akibat langsung oleh adanya perbuatan. Penyebab langsung menimbulkan akibat berupa penyebab secara layak dan masuk akal paling kuat pengaruhnya terhadap timbulnya akibat. Apabila ada faktor-faktor lain yang berpengaruh terhadap timbulnya akibat atau mempercepat timbulnya akibat tidak mudah menghapuskan sifat melawan hukum perbuatan terhadap akibat terlarang oleh suatu perlakuan yang dijalankan.

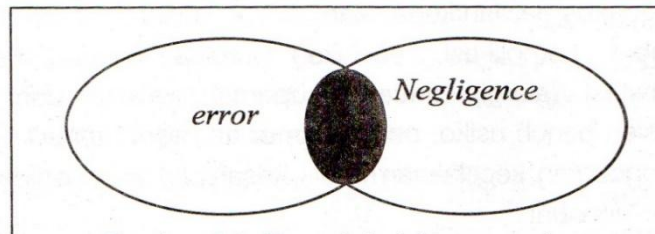
BAB 9

KESALAHAN DAN KELALAIAN TENAGA KESEHATAN

Dalam pemberian pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan juga tidak terlepas dari suatu fakta bahwa sebagai manusia mereka takkan luput berbuat kesalahan. Kesalahan terjadi pada setiap pekerjaan, tentu dengan berbagai konsekuensi. Kesalahan tersebut bisa berupa ketidakberhasilan (*error*) ataupun adanya suatu kelalaian (*negligence*) dalam menjalankan tugas yang dijalankan.

Di bidang kedokteran dikenal dengan istilah *medical error* dan *medical negligence*. *Medical error* dan *medical negligence* mengacu pada kesalahan dan kelalaian yang terjadi di bidang medis. Dokter dan tenaga kesehatan yang lain merupakan suatu profesi yang mempunyai kesamaan yaitu sebuah profesi dalam upaya pelayanan kesehatan. Sebagai manusia, dokter dan tenaga kesehatan yang lain tidak luput dari kesalahan (*To err is human, to forgive is divine*). Semua tenaga kesehatan pasti pernah melakukan suatu *error*, meskipun kadar ke-*error*-an berbeda antara tenaga kesehatan yang satu dengan tenaga kesehatan yang lain, tetapi tidak ada seorang tenaga kesehatanpun yang tidak pernah melakukan *error*. Hal ini dikarenakan *error* atau kesalahan merupakan sifat sebagai manusia. Namun, kesalahan (*error*) yang dilakukan secara berulang-ulang inilah yang kemudian dikategorikan sebagai kelalaian (*negligence*). Kesalahan (*error*) adalah sesuatu yang wajar dilakukan oleh tenaga kesehatan sebagai manusia, namun tidak dengan kelalaian (*negligence*). Paulo Coelho menyatakan bahwa "*everything that happens once can never happen again, but everything that happen twice will surely happen a third time*". Ungkapan tersebut sangat cocok untuk menggambarkan *error* dan *negligence*.

Pengertian *error* dan *negligence* masih terus diperdebatkan. Sehingga, seringkali muncul kesalahpahaman dalam memahami arti dari *error* dan *negligence*. Ada bidang yang termasuk kelabu diantara kedua pengertian tersebut. Seorang pakar menyatakan bahwa daerah kelabu di bidang kesehatan sangat besar, berbeda dengan teknologi mesin yang diharapkan dapat mencapai zero *error*. Profesi kesehatan cenderung membuat kesalahan. Menghilangkan *error* tidak mungkin, karena sifat upaya penyembuhan pasien tidak mungkin "*infallible*". Profesi perlu melakukan perbaikan kesalahan dalam sistem (yang memang rawan). Secara skematis daerah kelabu *error* dan *negligence* dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar. Daerah kelabu *error* dan *negligence*

Di dalam suatu usaha pemberian pelayanan kesehatan yang berkualitas tinggi, maka sangat penting sekali untuk mempelajari hasil-hasil yang negatif (*advers event*), dalam hal ini seperti peristiwa yang mengakibatkan cacat atau hanya mengakibatkan luka-luka saja sehingga dikemudian hari dapat dihindari problem yang sama dan penambahan biaya kesehatan dikemudian hari tidak terjadi lagi akibat adanya kelalaian yang sama, dimana hal ini dapat dicegah dengan cara memperbaiki sistem pemberian pelayanan kesehatan sehingga diharapkan dapat memperkecil terjadinya *error* atau *negligence*.

A. Kesalahan (*Error*)

Error adalah sebagai suatu ketidakberhasilan untuk menyelesaikan suatu tindakan yang terencana atau penggunaan suatu rencana yang keliru untuk mencapai suatu tujuan, tetapi tidak termasuk tindakan yang dilakukan dengan sengaja atau tindakan sembarangan sehingga mencelakakan pasien. Sedangkan, menurut *Institute of Medicine* :

1. *Error* merupakan suatu kekeliruan dalam penilaian yang wajar.
2. *Error* suatu kekeliruan yang tidak disengaja.
3. *Error* merupakan kekeliruan unsur manusia dan sistem.
4. *Error* terjadi karena adanya sifat mengobati penderita yang tidak mungkin *invaluable*.
5. *Error* merupakan hasil negatif yang dapat dicegah timbulnya karenatindakan yang bersifat kelalaian dan dapat pula merupakan kekeliruan yang wajar (*honest mistake*).
6. Ketidakberhasilan/kegagalan terapi, misal : tindakan operasi timbul komplikasi, kecelakan (*surgical mishap*), kecelakaan anestesi (alergi), tindakan operasi berisiko dan keadaan pasien penuh risiko, pemberian obat, misal : timbul komplikasi pengobatan, kecelakaan medis, kesalahan diagnostik, kesalahan memilih obat.
7. *Error is the failure of a planned action to be completed as intended (i.e error of execution) or the use of a wrong plan to achieve an aim (i.e error of planning).*

Jadi, dari uraian tersebut diatas dapat ditarik kesimpulan mengenai *error*, yaitu ketidakberhasilan untuk menyelesaikan suatu tindakan yang disebabkan oleh karena adanya

kekeliruan dalam penilaian, penggunaan suatu rencana yang keliru, kekeliruan yang disebabkan oleh manusia dan sistem dan kekeliruan itu sebenarnya dapat dicegah.

Error diklasifikasikan menjadi tiga tipe yaitu *skill-based slips and lapses*, *rule-based mistakes* and *knowledge-based mistakes*. *Skill-based slips and lapses* terjadi karena adanya niat dalam melakukan kesalahan dalam tindakan maupun penyimpanan. Kesalahan itu umumnya terjadi di lingkungan kerja dengan beberapa tugas rutin atau ketika orang-orang terampil melakukan banyak tugas sekaligus. Contoh dari kesalahan berbasis keterampilan adalah pemberian obat yang salah. Sedangkan *rule-based mistakes and knowledge-based mistakes* lebih mengarah pada tindakan dapat berjalan sesuai rencana, tetapi di mana rencana tersebut tidak memadai untuk mencapai hasil yang diinginkan. *Rule-based mistakes* dapat muncul dalam tiga bentuk yaitu salah menerapkan aturan yang baik (biasanya karena kegagalan menemukan kontraindikasi), menerapkan aturan yang buruk/tidak baik, atau tidak menerapkan aturan yang baik. Sebagai contoh *rule-based mistakes* yaitu proses pemeriksaan rutin yang tidak memadai, proses dapat menyebabkan insiden atau kecelakaan seperti salah pasien atau salah pembedahan. *knowledge-based mistakes*, sebaliknya terjadi karena situasi baru dimana penyelesaian masalah harus berjalan ditempat tanpa bantuan penyelesaian masalah yang terprogram. Sebagai contoh *knowledge-based mistakes* yaitu mencoba untuk mendiagnosa apa yang salah dengan malfungsi sistem.

Faktor manusia hanya merupakan suatu unsur kecil dalam mata rantai peristiwayang memerlukan penelitian. Harus memperhitungkan kelemahan unsur manusianya, baik dalam pikiran maupun secara fisik. Harus dapat dipahami peran yang dipegangnya dalam hal menjalankan tugasnya dan pola sistemnya, sehingga dengan demikian dapat meniadakan akibatnya. Pada unsur sistem (yang cenderung lebih menyalahkan manusia) seharusnya berusaha untuk melihat dan belajar bahwa setiap kesalahan adalah "harta karun" karena memberikan kesempatan untuk meningkatkan diri. Poin penting yaitu ketika peristiwa buruk (*advers event*) terjadi, isu terpenting yang harus dipikirkan yaitu bagaimana dan mengapa suatu sistem tidak bisa mencegah terjadinya kesalahan. Jonhstone dan Kanitsaki (2006) menyatakan bahwa sebenarnya *errors* itu dapat dicegah dengan jalan merancang sistem yang membuat orang sulit untuk membuat kesalahan dan mempermudah orang untuk melakukan hal yang benar. Misalnya seperti design mobil , mobil didesign seaman mungkin untuk pengendaranya, sehingga semaksimal mungkin mencegah terjadinya kecelakaan, begitu pula dengan design di bidang kesehatan untuk menyakinkan bahwa pasien aman dari cedera.

Terdapat dua kelompok utama dari *human error*, yaitu (1) yang bersifat aktif, (2) dan yang laten. Yang pertama terjadi pada tingkat awal dari pelaksana, sehingga akibatnya secara langsung dapat diketahui. Yang kedua biasanya agak terlepas dari pengontrolan si pelaksana. Misalnya: pola desain, instalasi yang tidak benar, pemeliharaan yang salah, manajemen yang buruk dan struktur organisasi yang lemah. Yang laten ini adalah yang mengancam sistem kesehatan yang kompleks, karena seringkali terjadi tanpa diketahui yang menjadi penyebab terjadinya kesalahan yang aktif. Sangat sulit bagi si pelaku yang terlibat di dalam suatu sistem untuk mengenali *latent error*, karena bisa tersembunyi dalam suatu desain program komputer, komposisi dari organisasi atau struktur administrasi. Tanpa disadari sebagai pelaksana sudah menerima kekurangannya, menjalaninya dan mengikuti saja, sehingga kesalahan itu berjalan terus. Suatu penelitian menyatakan bahwa penyebab dari *error*, yaitu:

- Kesalahan teknis (44%)
- Keliru menegakkan diagnosa (17%)
- Kegagalan mencegah luka (12%)

Error dalam bidang kesehatan mempunyai hubungan tidak baik dengan litigasi. Kebanyakan timbulnya tuntutan adalah dari orang-orang yang merasa tidak senang dengan hasil pemberian pengobatan atau perawatannya. Setiap orang kadangkala mengalami suatu hasil buruk (*bad outcome*), bahkan bisa sampai meninggal. Menghilangkan *error* tidak akan menghilangkan kematian dan penderitaannya. Banyak keputusan dilihat sebagai sesuatu yang salah dalam restrospeksi, walaupun bukan *error* yang sebenarnya.

Mengurangi *error* mungkin bisa mengurangi tuntutan hukum, tetapi efeknya kecil. Efek dari manajemen *error* terhadap litigasi mungkin bisa ditimbulkan dengan edukasi masyarakat.

Error tidak akan bisa dihilangkan dari praktik medis dan kesehatan. Hanya harus diusahakan bahwa terjadinya sesedikit mungkin. Namun apabila terjadi, maka bagaimana kita harus merespons? Yaitu dengan melakukan tindakan koreksi (*correction action*). Apabila *error* itu terulang lagi, maka ini bisa menjadi suatu isu murni tentang kelalaian medis.

B. Kelalaian (Negligence)

Yang dimaksud dengan *negligence* adalah :

1. *Negligence* adalah suatu sifat yang kurang hati-hati, kurang waspada atau kelalaian tingkat dasar.

2. *Negligence is a conduct that falls below to generally accepted standard of care of a reasonably prudent person.*
3. *Negligence* di bidang kesehatan adalah ketentuan legal yang terdiri atas 3 unsur : a) terdapat hubungan antara tenaga kesehatan dan pasien, b) tenaga kesehatan itu telah melanggar kewajibannya, karena tidak memenuhi standar pemberian pelayanan kesehatan, dan c) pelanggaran ini telah menyebabkan pasien menderita kerugian yang sebenarnya dapat dibayangkan dan secara wajar dapat dicegah.
4. Ada 4 (empat) unsur kelalaian sebagai tolok ukur di dalam Hukum Pidana, yaitu: a) bertentangan dengan hukum (*wederrechtelijkheid*); b) akibatnya dapat dibayangkan (*voorzienbaarheid*); c) akibatnya dapat dihindarkan (*vermijdbaarheid*); dan d) sehingga perbuatannya dapat dipersalahkan kepadanya (*verwijtbaarheid*).
5. *Negligence* adalah kekurangan perhatian menurut ukuran wajar. Kegagalan untuk melakukan apa yang seseorang yang bersifat hati-hati secara wajar akan melakukan atau justru melakukan apa yang seseorang yang wajar tidak akan melakukan di dalam kasus tersebut.
6. *Negligence* adalah suatu kegagalan untuk bersikap hati-hati yang umumnya seseorang yang wajar dan hati-hati akan melakukan di dalam keadaan tersebut, is merupakan suatu tindakan yang seorang dengan hati-hati yang wajar tidak akan melakukan di dalam keadaan yang sama atau kegagalan untuk melakukan apa yang seseorang lain secara hati-hati yang wajar justru akan melakukan di dalam keadaan yang sama.

Dari uraian tersebut diatas dapat dirumuskan mengenai *negligence* yaitu suatu kegagalan untuk bersikap hati-hati dan kurang waspada yang mana pada umumnya seseorang akan melakukannya dalam keadaan tersebut.

Yang harus diperhatikan dalam kelalaian adalah standar kehati-hatian supaya kealpaan tersebut terhindar dari sikap tindakannya. Hal ini sudah lazim dalam suatu sistem hukum dimana setiap orang diharapkan mengendalikan sikap tindakannya sendiri sehingga tidak akan menimbulkan kerugian bagi orang lain. Bagi profesi kesehatan, tolok ukurnya yaitu apakah is telah melakukannya sesuai dengan apa yang dilakukan oleh teman sejawatnya dalam keadaan yang sama atau sesuai dengan standar operasional yang berlaku.

Kelalaian dapat dipersalahkan dan digugat menurut hukum apabila sudah memenuhi unsur 4D, yaitu:

1. *Duty* (kewajiban)

Duty adalah kewajiban dari profesi dibidang kesehatan untuk mempergunakan segala ilmu dan keahliannya untuk penyembuhan. Atau setidaknya-tidaknya meringankan beban penderitaan pasiennya (*to cure and to care*) berdasarkan standard profesinya masing-masing. Hubungan tenaga kesehatan dengan pasien termasuk golongan perikatan berusaha (*inspanningsverbintenis*). Ini berarti bahwa tenaga kesehatan itu tidak dapat dipersalahkan apabila hasil pengobatan dan perawatannya ternyata tidak dapat menolong sebagaimana yang diharapkan. Asalkan usaha tersebut telah dilaksanakan sesuai dengan standard profesi. Seorang tenaga kesehatan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan harus memperhatikan hal-hal sebagai berikut : a) adanya indikasi; b) bertindak secara hati-hati dan teliti; c) cara bekerjanya berdasarkan standard profesi; dan d) sudah ada *informed consent*. Tenaga kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan kepada pasien harus memberikan penjelasan jika mereka akan melakukan tindakan yang bersifat invasif dan meminta persetujuan pasiennya (*informed consent*). Persetujuan ini penting karena merupakan salah satu unsur dari tanggung jawab profesional. Tenaga kesehatan harus menjelaskan dengan kata-kata sederhana yang dapat dimengerti oleh pasiennya tentang : a) risiko apa yang melekat (*inherent*) pada tindakan tersebut ; b) kemungkinan timbulnya efek samping ; c) alternatif lain (jika ada) selain tindakan yang diusulkan ; dan d) kemungkinan apa yang mungkin terjadi apabila tindakan itu tidak dilakukan.

2. *Dereliction of That Duty* (penyimpangan dari kewajiban).

Penyimpangan ini tidak boleh diartikan sempit, karena dalam ilmu kesehatan terdapat kemungkinan dua pendapat atau lebih yang berbeda tetapi semuanya benar. Maka diperlukan adu argumentasi untuk proses pembuktian antar kolega sesuai dengan perkembangan ilmu kesehatan mutakhir. Penyimpangan dari kewajiban, jika seorang tenaga kesehatan menyimpang dari apa yang seharusnya dilakukan (*commission*) atau tidak melakukan apa yang seharusnya dilakukan (*omission*) menurut standard profesi, maka tenaga kesehatan dapat dipersalahkan.

Untuk menentukan apakah terdapat penyimpangan atau tidak, harus didasarkan atas fakta-fakta yang meliputi kasusnya dengan bantuan pendapat ahli dan saksi ahli. Seringkali pasien atau keluarganya menganggap bahwa akibat negatif yang timbul adalah sebagai akibat dari kesalahan atau kelalaian tenaga kesehatan. Hal ini tidak selalu demikian. Harus dibuktikan dahulu adanya hubungan kausal antara cedera atau kematian pasien dan unsur kelalaian (jika ada).

3. *Direct causation* (kausa atau akibat langsung)

Setiap kasus harus ada hubungan langsung sebagai kausal terhadap akibat yang terjadi, dan hubungan kausal dan akibat itu tidak dapat digeneralisasi pada setiap tindakan pelayanan kesehatan. Secara adekuat suatu kekeliruan dalam menegakkan diagnosa saja tidaklah cukup untuk meminta pertanggung jawaban seorang tenaga kesehatan.

4. *Damage* (kerugian).

Memperhitungkan kerugian itu tidak boleh berdasarkan kerugian sepihak, melainkan kesebandingan antara kerugian atas dasar biaya yang dikeluarkan untuk pencegahan dan biaya yang timbul dari akibatnya. Apabila dapat diperkirakan biaya untuk pencegahan lebih murah daripada biaya kerugian untuk akibat yang terjadi, maka ada kelalaian. Untuk dapat dipersalahkan, harus ada hubungan kausal (secara langsung) antara penyebab (*causa*) dengan kerugian (*demage*) yang diderita oleh karenanya dan tidak ada peristiwa atau tindakan sela diantaranya. Dan hal ini harus dibuktikan dengan jelas. Tidak bisa hanya karena hasil (*outcome*) yang negatif, lantas hal ini langsung saja tenaga kesehatannya dianggap salah atau lalai.

Ditinjau dari hukum pidana, kelalaian terbagi dua macaw, yaitu kealpaan perbuatan dan kealpaan akibat. Yang dimaksud kealpaan perbuatan yaitu apabila hanya dengan melakukan perbuatannya itu sudah merupakan suatu peristiwa pidana, maka tidak perlu melihat akibat yang timbul dari perbuatan tersebut sebagaimana ketentuan Pasal 205 KUHP.

Pasal 205

- (1) Barangsiapa karena kesalahannya (kealpaannya) menyebabkan barang-barang yang berbahaya bagi nyawa atau kesehatan orang, dijual, diserahkan, atau dibagi-bagikan tanpa diketahui sifat berbahayanya oleh yang membeli atau yang memperoleh, diancam dengan pidana penjara paling lama Sembilan bulan atau pidana kurungan paling lama enam bulan atau pidana denda paling banyak empat ribu lima ratus rupiah.
- (2) Jika perbuatan itu mengakibatkan orang mati, yang bersalah diancam dengan pidana penjara paling lama satu tahun empat bulan atau pidana kurungan paling lama satu tahun.

Sedangkan, yang dimaksud kealpaan akibat yaitu merupakan suatu peristiwa pidana kalau akibat dari kealpaan itu sendiri sudah menimbulkan akibat yang dilarang oleh hukum pidana, misalnya cacat atau matinya orang lain seperti yang diatur dalam Pasal 359, 360, 361 KUHP.

Pasal 359

Barangsiapa karena kesalahannya (kealpaannya) menyebabkan orang lain mati, diancam dengan pidana penjara paling lama lima tahun atau pidana kurungan paling lama satu tahun.

Pasal 360

- (1) Barangsiapa karena kesalahannya (kealpaannya) menyebabkan orang lain mendapat luka-luka berat, diancam dengan pidana penjara paling lama lima tahun atau pidana kurungan paling lama satu tahun.
- (2) Barangsiapa karena kesalahannya (kealpaannya) menyebabkan orang lain luka-luka sedemikian rupa sehingga timbul penyakit atau haiangan menjalankan pekerjaan jabatan atau pencarian selama waktu tertentu, diancam dengan pidana penjara paling lama Sembilan bulan atau pidana kurungan paling lama enam bulan atau pidana denda paling tinggi empat ribu lima ratus rupiah.

Pasal 361

Jika kejahatan dalam bab ini dilakukan dalam menjalankan suatu jabatan atau pencarian, maka pidana ditambah dengan sepertiga dan yang bersalah dapat dicabut haknya untuk menjalankan pencarian dalam mana dilakukan kejahatan dan hakim dapat memerintahkan supaya putusannya diumumkan.

Kealpaan yang disadari terjadi apabila seseorang tidak berbuat sesuatu, padahal dia sadar bahwa akibat perbuatan (termasuk tidak berbuat) yang dilarang oleh hukum pidana itu pasti timbul. Sedangkan, kealpaan yang tidak disadari ada kalau pelaku tidak memikirkan kemungkinan akan adanya suatu akibat atau keadaan tertentu, sedangkan ia sepatutnya telah memikirkan hal itu dan kalau ia memang memikirkan hal itu maka ia tidak akan melakukannya.

Apabila seseorang melakukan suatu perbuatan dan perbuatan itu menimbulkan suatu akibat yang dilarang dan diancam dengan hukum oleh peraturan perundang-undangan walaupun perbuatannya itu tidak dilakukan dengan sengaja, orang itu seharusnya dapat berbuat lain sehingga tidak menimbulkan akibat yang dilarang atau bahkan sama sekali tidak melakukan perbuatan itu. Dengan demikian, dalam menentukan apakah seseorang telah berbuat tidak hati-hati ialah kalau orang tersebut dapat berbuat lain agar akibat yang dilarang oleh peraturan perundang-undangan dan diancam hukuman itu tidak timbul. Dalam hal demikian, maka yang menjadi tolak ukur adalah pikiran dan kemampuan orang tersebut untuk menentukan, apakah setiap orang yang termasuk dalam katefori yang sama dengannya dan dalam kondisi yang sama

serta dengan sarana yang sama akan berbuat lain. Apabila orang lain yang termasuk kategori yang sama, akan berbuat sama dengan dia, dapat dikatakan ada kelalaian atau kealpaan. Namun, sebaliknya jika orang lain tersebut akan berbuat lain dengan apa yang dilakukan olehnya, dapat dikatakan bahwa ia telah berbuat kurang hati-hati, lalai, dan alpa.

Kealpaan atau kelalaian hakikatnya mengandung tiga unsur yaitu pelaku berbuat (atau tidak berbuat, *het doen of het niet doen*), lain daripada apa yang seharusnya ia berbuat (atau tidak berbuat) sehingga dengan berbuat demikian (atau tidak berbuat) telah melakukan perbuatan melawan hukum. Unsur kedua, pelaku telah berbuat lalai, lengah, atau kurang berpikir panjang. Unsur ketiga, perbuatan pelaku tersebut dapat dicela dan oleh karena itu, pelaku harus mempertanggungjawabkan akibat yang terjadi karena perbuatannya itu.

Ditinjau dari hukum perdata, berawal dari hukum perikatan yang terjadi antara tenaga kesehatan dan pasien. Transaksi terapeutik antara tenaga kesehatan (dalam hal ini yang melakukan tindakan kuratif) dan pasien merupakan hubungan hukum yang kuat. Didalam transaksi terapeutik terjadi kesepakatan antara tenaga kesehatan dan pasien untuk syarat-syarat yang telah diperrjanjikan. Dalam hal ini, akan muncul hak dan kewajiban yang harus dipenuhi oleh tenaga kesehatan dan pasien. Tenaga kesehatan akan memberikan tindakan untuk meningkatkan kesembuhan pasien dan pasien akan memberikan imbalan atas apa yang dilakukan oleh tenaga kesehatan. Gugatan dapat terjadi apabila salah satu pihak tidak memenuhi apa yang telah dijanjikan atau dipenuhi akan tetapi tidak sesuai dengan apa yang telah dijanjikan, sehingga salah satu pihak merasa dirugikan.

BAB 10

ASPEK HUKUM KESEHATAN LINGKUNGAN

A. DEFENISI KESEHATAN LINGKUNGAN

Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada disekitar baik, berupa benda hidup, benda mati, benda nyata atau abstrak, termasuk manusia lainnya serta suasana yang terbentuk karena terjadinya interaksi diantara elemen-elemen yang ada di alam.

WHO menjelaskan bahwa untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat diperlukan enam usaha dasar kesehatan masyarakat yang terdiri dari 1) pemeliharaan dokumen kesehatan, 2) pendidikan kesehatan, 3) kesehatan lingkungan, 4) pemberantasan penyakit menular, 5) kesehatan ibu dan anak, dan 6) pelayanan medis dan perawatan kesehatan. Merujuk hal tersebut, kesehatan lingkungan merupakan salah satu dari enam usaha dasar kesehatan masyarakat yang menekankan pencegahan secara dini kejadian suatu penyakit. Hal ini dikarenakan masalah kesehatan lingkungan seperti penyediaan air bersih, pembuangan kotoran, pembuangan sampah, dan pembuangan air limbah yang tidak memenuhi syarat kesehatan mempunyai pengaruh terhadap peningkatan penyakit infeksi.

Kesehatan lingkungan adalah ilmu multidisiplin yang mempelajari dinamika hubungan interaktif antara sekelompok manusia atau masyarakat dengan berbagai perubahan komponen lingkungan hidup manusia yang diduga dapat menimbulkan gangguan kesehatan pada masyarakat dan mempelajari upaya untuk penanggulangan dan pencegahannya.

Menurut WHO, kesehatan lingkungan adalah suatu ilmu dan ketrampilan yang memusatkan perhatian pada usaha pengendalian semua faktor yang ada dilingkungan fisik manusia yang diperkirakan menimbulkan hal-hal yang merugikan perkembangan fisik, kesehatan, atau kelangsungan hidupnya. Selain itu kesehatan lingkungan adalah suatu kondisi atau keadaan lingkungan yang optimum sehingga berpengaruh positif terhadap terwujudnya status kesehatan yang optimal. Kesehatan lingkungan merupakan salah satu disiplin ilmu kesehatan masyarakat dan merupakan perluasan dari prinsip-prinsip hygiene dan sanitasi.

Kesehatan lingkungan adalah ilmu yang merupakan bagian dari ilmu kesehatan masyarakat yang menitikberatkan perhatian pada perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, pengawasan, pengkoordinasian dan penilaian dari semua faktor yang ada pada

lingkungan fisik, kesehatan, atau kelangsungan hidup manusia, sehingga derajat kesehatan dapat ditingkatkan.

Menurut himpunan ahli kesehatan lingkungan Indonesia (HAKLI), kesehatan lingkungan adalah suatu kondisi lingkungan yang mampu menopang keseimbangan ekologis yang dinamis antara manusia dan lingkungannya untuk mendukung tercapainya kualitas hidup manusia yang sehat dan bahagia.

Kesehatan lingkungan termasuk dalam upaya pencegahan primer yang dimaksudkan untuk menghambat perkembangbiakan, penularan, dan kontak manusia dengan agent, vektor ataupun faktor risiko yang berhubungan dengan penyakit.

Kesehatan lingkungan dideskripsikan sebagai suatu keseimbangan ekologis yang harus ada antara manusia dan lingkungannya, agar dapat menjamin keasaan sehat dari manusia. Kesehatan lingkungan merupakan usaha-usaha pengendalian atau pengawasan keadaan lingkungan yang dapat mempengaruhi kesehatan atau yang dapat menimbulkan hal-hal yang merugikan perkembangan fisik, kesehatan, dan daya tahan hidup manusia.

B. PENGARUH LINGKUNGAN TERHADAP KESEHATAN

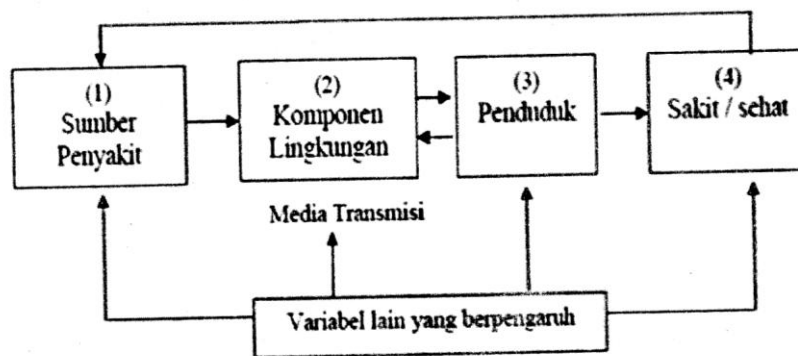
Perkembangan epidemiologi menggambarkan secara spesifik peran lingkungan dalam terjadinya penyakit dan wabah. Dilihat dari segi ilmu kesehatan lingkungan, penyakit terjadi karena adanya interaksi antara manusia dengan lingkungan hidupnya. Interaksi manusia dengan lingkungan hidupnya merupakan suatu proses, hal ini disebabkan karena manusia memerlukan daya dukung unsur-unsur lingkungan untuk kelangsungan hidupnya.

Akan tetapi, dalam proses interaksi manusia dengan lingkungannya ini tidak selalu mendapat keuntungan, kadang-kadang manusia mendapat kerugian. Jadi, didalam lingkungan terdapat faktor-faktor yang menguntungkan manusia (eugenik), ada pula yang merugikan manusia (disgenik). Usaha-usaha di bidang kesehatan lingkungan ditujukan untuk meningkatkan daya guna faktor menguntungkan dan mengurangi peran atau mengendalikan faktor yang merugikan. Secara naluriah manusia memang tidak dapat menerima kehadiran faktor disgenik didalam lingkungan hidupnya, oleh karenanya ia selalu berusaha untuk memperbaiki keadaan sekitarnya sesuai dengan kemampuannya.

Untuk mengetahui pentingnya lingkungan terhadap kesehatan, telah dibuktikan oleh WHO yang melakukan penyelidikan diseluruh dunia dan didapatkan hasil bahwa angka

kematian (mortality), angka kesakitan (morbidity) yang tinggi serta seringnya terjadi epidemi, terdapat di tempat dengan lingkungan yang buruk yaitu tempat dimana terdapat banyak lalat, nyamuk, pembuangan kotoran dan sampah yang tidak teratur, air rumah tangga dan perumahan yang buruk serta keadaan sosial ekonomi rendah, Sebaliknya, ditempat yang kondisi lingkungannya baik, angka kematian dan kesakitan juga rendah.

Patogenesis penyakit dalam perspektif lingkungan dan variabel kependudukan dapat digambarkan seperti gambar dibawah ini:



Gambar . Diagram Skematik Patogenesis Penyakit

Dengan mengacu pada gambar tersebut, patogenesis atau proses kejadian penyakit dapat diuraikan ke dalam 4 simpul, yakni simpul 1, kita sebut sebagai sumber penyakit, simpul 2 yaitu komponen lingkungan yang merupakan media transmisi penyakit, simpul 3 yaitu penduduk dengan berbagai variabel kependudukan seperti pendidikan perilaku, kepadatan, jender, sedangkan simpul 4 yaitu penduduk yang dalam keadaan sehat atau sakit setelah mengalami interaksi atau exposure dengan komponen lingkungan yang mengandung bibit penyakit atau agent penyakit. Titik simpul pada dasarnya menuntun kita sebagai simpul manajemen. Untuk mencegah penyakit tertentu, tidak perlu menunggu hingga simpul 4 terjadi. Dengan mengendalikan sumber penyakit kita dapat mencegah sebuah proses kejadian hingga simpul 3 atau 4.

C. RUANG LINGKUP

Ruang lingkup kesehatan lingkungan terdiri dari 12 poin, yaitu:

1. Penyediaan air minum

2. Pengelolaan dan pembuangan limbah cair, gas dan padat
3. Pencegahan kebisingan
4. Mencegah kecelakaan
5. Mencegah penyebaran penyakit bawaan air, udara, makanan, dan vektor
6. Pengelolaan kualitas lingkungan, air, udara, makanan, pemukiman, dan bahan berbahaya
7. Pengelolaan keamanan dan sanitasi transportasi
8. Pengelolaan kepariwisataan
9. Pengelolaan tempat makan umum
10. Pengelolaan pelabuhan
11. Mencegah dan memberi pertolongan pada bencana
12. Pengelolaan lingkungan kerja.

D. PRINSIP PENGENDALIAN LINGKUNGAN

Ada 5 prinsip dalam pengendalian lingkungan yaitu:

1. Isolasi

Isolasi adalah pemisahan menurut jarak atau tempat, perlindungan seseorang terhadap wabah sebelum mencapai suatu tempat tertentu, dan perlindungan pada mobilitas penduduk. Untuk melindungi terhadap radiasi, panas dan kebisingan dapat dilakukan dengan prosedur isolasi dengan memperbesar jarak antara manusia dengan sumber daerah berbahaya misalnya daerah wabah (contohnya *mosquito infected area*) diisolasi sehingga orang tidak boleh secara leluasa masuk wilayah tersebut. Mobilitas penduduk dibatasi, dan tidak boleh memasuki wilayah yang diisolasi.

2. Mengganti (*Substitution*)

Substitusi sering kali digunakan sebagai metode pengendalian yang murah, mudah dilaksanakan dan efektif. Misalnya mengganti bahan makanan yang tidak mendukung terjadinya pertumbuhan yang cepat dari *Staphylococcus* adalah efektif untuk menghindari terjadinya keracunan makanan. Mengganti deterjen yang persisten dengan bahan yang *degradable* dapat memperkecil dampak terjadinya perubahan ekosistem akuatik badan air yang terpapar oleh air limbah yang mengandung deterjen.

Mengganti bahan bakar fosil dengan gas yang lebih sedikit menimbulkan pencemaran udara dari suatu industri.

3. Perlindungan (*Shielding*)

Perlindungan (*Shielding*) berbeda dengan istilah isolasi. Perlindungan ini berprinsip menggunakan *barrier* untuk melindungi seseorang dari gangguan lingkungan seperti penggunaan *safety glasses* untuk tukang las untuk melindungi mata, pakaian pelindung radiasi, pemakaian kelambu untuk menghindari gigitan nyamuk, pemakaian helm dsb.

4. Perlakuan (*Treatment*)

Apabila berbagai cara tidak dapat dilaksanakan, perlakuan tertentu atau penatalaksanaan terhadap gangguan dapat dilakukan, yaitu dengan:

a. Menghancurkan (*Distruction*)

Beberapa contoh penghancuran misalnya merebus air untuk membunuh kuman, autoclaving, pasteurisasi, aerasi air, klorinasi, eradikasi terhadap nyamuk dan tikus, termasuk pula tindakan yang menggunakan disinfektan, algasida, fungisida, bakterisida, larvasida, dan rodentisida.

b. Mengubah, konversi (*Conversion*)

Yang dimaksud dengan konversi ialah menjadikan bahan berbahaya menjadi kurang atau tidak berbahaya. Biasanya melibatkan proses kimia atau biokimia. Asam kuat dan basa kuat pada air limbah mungkin dapat memanfaatkan mikroorganisme sehingga diperoleh hasil konversi yang tak berbahaya lagi.

c. Pembersihan (*Removal*)

Sedimentasi dan filtrasi adalah contoh untuk memisahkan bahan pendataan dari bahan cair pada air limbah. Koagulasi yang juga dikenal dengan flokulasi (pembentukan flokflok koloid dengan memberikan koagulasi) juga termasuk usaha removal terutama untuk memisahkan koloid dalam air sehingga mempercepat/membantu proses sedimentasi. Removal juga termasuk instrument pembersih udara (seperti *electrostatic precipitation*, *bag filter* and *cyclones*) yang digunakan untuk pemisahan secara mekanik partikel-partikel yang terkandung dalam aliran udara yang akan diemisikan melalui cerobong (*stack*).

d. Penghambatan (*Inhibition*)

Penghambatan (*Inhibition*) digunakan apabila ada ancaman dari lingkungan tetapi efeknya tidak nampak secara nyata atau tidak dapat dikendalikan dengan intervensi lingkungan. Pengendalian PH atau penambahan garam atau gula digunakan untuk pengawetan makanan. Bila bakteri mengkontaminasi makanan mereka tidak tahan dalam suasana lingkungan yang tidak menguntungkan baginya, sehingga makanan tidak rusak karena kontaminasi.

e. Pencegahan (*Prevention*)

Pencegahan adalah istilah umum agar seseorang dalam kondisi tertentu (sehat) tidak terganggu kesehatannya akibat terkena gangguan lingkungan. Upaya ini termasuk memperkecil pemaparan dengan membatasi kegiatan, imunisasi terhadap penyakit, penggunaan bahan/alat pelindung untuk menghindari infeksi atau menghindari pengaruh dari faktor lingkungan. Imunisasi adalah termasuk usaha mencegah penyakit yang ditularkan melalui lingkungan, atau petugas kesehatan akan menuju kedaerah endemic malaria menggunakan atau diberi obat anti malaria sebelum berangkat.

E. PENGELOLAAN KUALITAS LINGKUNGAN

Agar kualitas lingkungan tidak menurun atau tercemar, maka perlu diadakan pengawasan. Seperti Pengelolaan Kualitas Udara, Pengolahan Kualitas Air, Pemulihan Tanah Terkontaminasi, Sanitasi Makanan. Cara untuk menjaga kualitas lingkungan tersebut diantaranya yakni:

1. Pengelolaan pembuangan kotoran manusia

Tinja adalah bahan buangan yang dikeluarkan dari tubuh manusia melalui anus sebagai sisa dari proses pencernaan (*tractus digestifus*). Dalam ilmu kesehatan lingkungan dari berbagai jenis kotoran manusia, yang lebih dipentingkan adalah tinja (*feces*) dan air seni (*urine*) karena kedua bahan buangan ini memiliki karakteristik tersendiri dan dapat menjadi sumber penyebab timbulnya berbagai macam penyakit saluran pencernaan.

Ditinjau dari sudut kesehatan, kotoran manusia merupakan masalah yang sangat penting, karena jika pembuangannya tidak baik maka dapat mencemari lingkungan dan akan

mendatangkan bahaya bagi kesehatan manusia. Penyebaran penyakit yang bersumber pada kotoran manusia (*feces*) dapat melalui berbagai macam cara.

Untuk mencegah atau mengurangi kontaminasi tinja terhadap lingkungan, maka pembuangan kotoran manusia harus dikelola dengan baik, maksudnya pembuangan kotoran harus di suatu tempat tertentu atau jamban yang sehat. Beberapa penyakit yang dapat disebarkan oleh tinja manusia antara lain tipus, disentri, kolera, bermacam-macam cacing, dan sebagainya.

Jamban adalah suatu bangunan yang digunakan untuk membuang dan mengumpulkan kotoran manusia dalam suatu tempat tertentu, sehingga kotoran tersebut tidak menjadi penyebab penyakit dan mengotori lingkungan pemukiman.

Jamban berfungsi sebagai pengisolasi tinja dari lingkungan. Jamban yang baik dan memenuhi syarat kesehatan akan menjamin beberapa hal, yaitu :

- a. Melindungi kesehatan masyarakat dari penyakit.
- b. Melindungi dari gangguan estetika, bau dan penggunaan sarana yang aman.
- c. Bukan tempat berkembangbiakan serangga sebagai vektor penyakit,
- d. Melindungi pencemaran pada penyediaan air bersih dan lingkungan.

2. Sampah dan pengelolaannya

Sampah adalah suatu bahan atau benda padat yang sudah tidak dipakai lagi oleh manusia, atau benda padat yang sudah digunakan lagi dalam suatu kegiatan manusia dan dibuang. Para ahli kesehatan masyarakat Amerika membuat batasan, sampah adalah (*waste*) adalah sesuatu yang tidak digunakan, tidak dipakai, tidak disenangi, atau sesuatu yang dibuang, yang berasal dari kegiatan manusia, dan tidak terjadi dengan sendirinya. Sampah adalah merupakan hasil suatu kegiatan manusia yang dibuang karena sudah tidak berguna. Berdasarkan jenisnya, sampah terbagi menjadi 3 yaitu sampah padat, sampah cair, dan sampah dalam bentuk gas (*fume, smoke*).

Sampah erat kaitannya dengan kesehatan masyarakat, karena dari sampah-sampah tersebut akan hidup berbagai mikro organisme penyebab penyakit (*bacteri pathogen*), dan juga binatang serangga sebagai pemindah/penyebarkan penyakit (*vector*). Oleh sebab itu sampah harus dikelola dengan baik sampai sekecil mungkin tidak mengganggu atau

mengancam kesehatan masyarakat. Pengelolaan sampah yang baik, bukan saja untuk kepentingan kesehatan saja, tetapi juga untuk keindahan lingkungan.

Tahap akhir dari pengelolaan sampah adalah pembuangan akhir sampah. Pada tahap ini apabila tidak dikelola dengan baik akan menimbulkan permasalahan. Pengelolaan sampah belum bisa dikatakan berhasil keseluruhannya dengan baik, tanpa menyelesaikan persoalannya atau mengatasi permasalahan hingga sampai tahap disposalnya dengan baik. Pengelolaan sampah perlu dilakukan, hal ini didasarkan atas berbagai pertimbangan yaitu 1) untuk mencegah terjadinya penyakit, 2) konservasi sumber daya alam, 3) mencegah garigguan estetika, 4) memberi insentif untuk daur ulang atau pemanfaatan kembali, 5) bahwa kuantitas dan kualitas sampah akan meningkat.

Terdapat dua metode pembuangan sampah, yaitu:

a. Metode yang tidak memuaskan

- 1) pembuangan sampah yang terbuka (*open dumping*).
- 2) pembuangan sampah di dalam air (*dumping in water*).
- 3) pembakaran sampah di rumah-rumah (*burning on premises*).

b. Metode yang memuaskan.

- 1) pembuangan sampah dengan sistem kompos (*composting*).
- 2) pembakaran sampah melalui incinerator.
- 3) pembuangan sampah dengan maksud menutup tanah secara sanitair (*sanitary landfill*).

Pembuangan akhir sampah di atas permukaan tanah, apabila tidak dilakukan dengan perencanaan yang baik serta pengawasan pada lokasi *landfill* akan menimbulkan permasalahan pada daerah sekitarnya. Agar pembuangan sampah tidak menimbulkan permasalahan maka, menurut Azwar (1979) tempat pembuangan sampah harus memenuhi syarat yaitu :

- a. Tidak dekat dengan sumber air minum atau sumber lain yang dipergunakan manusia (mandi, mencuci dan sebagainya).
- b. Tidak pada tempat yang sering terkena banjir.

- c. Di tempat yang jauh dari tempat tinggal manusia, jarak yang dipakai sebagai pedoman adalah sekitar 2 km dari perumahan penduduk atau sekitar 15 km dari laut.

F. MASALAH – MASALAH KESEHATAN LINGKUNGAN DI INDONESIA

Masalah Kesehatan lingkungan merupakan masalah kompleks yang untuk mengatasinya dibutuhkan integrasi dari berbagai sektor terkait. Di Indonesia permasalahan-permasalahan dalam lingkup kesehatan lingkungan antara lain

1. Air Bersih

Berdasarkan survey yang pernah dilakukan sebelumnya, hanya sekitar 60% penduduk Air bersih adalah air yang digunakan untuk keperluan sehari-hari yang kualitasnya memenuhi syarat kesehatan dan dapat diminum apabila telah dimasak. Air minum Indonesia mendapatkan air bersih dari PDAM, terutama penduduk perkotaan, selebihnya menggunakan sumur atau sumber lain. Bila musim kemarau, krisis air dapat terjadi dan penyakit gastroenteritis mulai muncul di mana-mana.

2. Kesehatan Pemukiman

Daya dukung dan daya tampung lahan kota tidak mampu mengatasi urbanisasi karena pada hakekatnya luas lahan tidak bertambah, namun para urban memaksa untuk bertahan hidup meskipun terpaksa menempati pemukiman yang tidak sesuai peruntukannya seperti bantaran sungai, kolong jembatan, bawah aliran listrik tegangan tinggi (sutet) dan tempat-tempat lainnya yang tidak bertuan. Kondisi ini membawa konsekuensi yang tidak sehat bagi lingkungan perkotaan.

3. Tempat Pembuangan Sampah

Di hampir setiap tempat di Indonesia, system pembuangan sampah dilakukan secara dumping tanpa ada pengolahan lebih lanjut system pembuangan semacam itu selain memerlukan lahan yang cukup luas juga menyebabkan pencemaran pada udara, tanah, dan air selain lahannya juga dapat menjadi tempat berkembangbiaknya agens dan vector penyakit menular.

4. Serangga dan Binatang Pengganggu

Serangga sebagai reservoir bibit penyakit yang kemudian disebut sebagai vektor misalnya: pinjal tikus untuk penyakit pes/ sampar, Nyamuk Anopheles sp untuk penyakit

Malaria, Nyamuk *Aedes* sp untuk Demam Berdarah Dengue (DBD), Nyamuk *Culex* sp untuk Penyakit Kaki Gajah/Filariasis. Penanggulangan/pencegahan dari penyakit tersebut diantaranya dengan merancang rumah/tempat pengelolaan makanan dengan *rat proof* (rapat tikus), Kelambu yang dicelupkan dengan pestisida untuk mencegah gigitan Nyamuk *Anopheles* sp, Gerakan 3 M (menguras mengubur dan menutup) tempat penampungan air untuk mencegah penyakit DBD, Penggunaan kasa pada lubang angin di rumah atau dengan pestisida untuk mencegah penyakit kaki gajah dan usaha-usaha sanitasi.

Binatang pengganggu yang dapat menularkan penyakit misalnya anjing dapat menularkan penyakit rabies/anjing gila. Kecoa dan lalat dapat menjadi perantara perpindahan bibit penyakit ke makanan sehingga menimbulkan diare. Tikus dapat menyebabkan Leptospirosis dari kencing yang dikeluarkannya yang telah terinfeksi bakteri penyebab.

5. Pencemaran Udara

Tingkat pencemaran udara di Indonesia sudah melebihi nilai ambang batas normal terutama di kota-kota besar akibat gas-gas besar akibat gas buangan kendaraan bermotor. Selain itu, hampir setiap tahun asap tetangga akibat pembakaran hutan untuk lahan pertanian dan perkebunan.

6. Pembuangan Limbah

Limbah cair yang dihasilkan oleh rumah tangga atau industri dan sejenisnya bercampur menjadi satu dan biasanya dibuang atau dialirkan ke badan sungai dan mengalir ke hilir sampai ke teluk atau laut. Limbah cair yang tidak diproses melalui instalasi pengolahan air limbah (IPAL), tidak ramah lingkungan. Dampaknya kualitas air sungai menurun, sehingga tidak dapat dimanfaatkan sebagai bahan baku sumber air bersih.

7. Bencana Alam

Kondisi geografis Indonesia cukup rentan terhadap bencana alam seperti gempa bumi, tsunami, gunung meletus, dan tanah longsor. Dampaknya penduduk eksodus dan mengungsi. Oleh karena itu dengan kondisi tersebut dapat menimbulkan permasalahan terhadap kesehatan lingkungan yang tidak pernah tuntas dan tidak sehat.

8. Perencanaan Tata Kota dan Kebijakan Pemerintah

Perencanaan tata kota dan kebijakan pemerintah seringkali menimbulkan permasalahan baru bagi kesehatan lingkungan. Misalnya pemberian izin tempat pemukiman, gedung atau tempat industri baru tanpa didahului dengan studi kelayakan yang berwawasan lingkungan dapat menyebabkan terjadinya banjir, pencemaran udara, air, tanah serta masalah sosial lainnya.

G. ASPEK HUKUM KESEHATAN LINGKUNGAN

Sebelum Undang-undang Kesehatan diberlakukan, telah ada dua Undang-undang yang secara khusus mengatur tentang kesehatan lingkungan yaitu, Undang-undang Nomor 11 tahun 1962 tentang Higiene dan Usaha-usaha Bagi Umum serta Undang-undang Nomor 2 Tahun 1966 tentang Higiene.

1. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 1962 tentang Higiene dan Usaha-Usaha Bagi Umum

Undang-undang ini menjelaskan tentang pentingnya memelihara derajat kesehatan masyarakat. Higiene dalam Undang-undang ini meliputi:

- a. Hygiene air, susu, makanan dan minuman untuk konsumsi bagi umum, perlu diawasi mutu kesehatannya, tidak mengandung kuman penyakit, zat-zat racun dan sebagainya.
- b. Hygiene perusahaan-perusahaan dan lingkungannya perlu memenuhi syarat-syarat kesehatan, seperti ventilasi, kebersihan dan sebagainya.
- c. Hygiene bangunan-bangunan umum, seperti stasiun, pelabuhan, bioskop, sekolah, dan lain-lain harus memenuhi syarat-syarat kesehatan, seperti ventilasi, kebersihan, dan sebagainya.
- d. Hygiene tempat pemandian umum, harus bersih dan sehat serta aman terhadap penyebaran penyakit menular.
- e. Hygiene alat-alat pengangkutan umum seperti kereta api, bus, kapal, dan pesawat terbang perlu memenuhi syarat-syarat kesehatan.
- f. Dan lainnya diatur Menteri Kesehatan.

Dalam Undang-undang Higiene tahun 1962 ini juga telah dicantumkan sanksi hukum pidana bagi yang melanggarnya berupa pidana dan kurungan dan atau denda.

2. Undang-undang Nomor 2 Tahun 1966 tentang Higiene

Di dalam Undang-undang Nomor 2 Tahun 1966 Tentang Higiene dijelaskan istilah hygiene digunakan untuk mencakup seluruh usaha manusia ataupun masyarakat yang perlu dijalankan guna mempertahankan dan mengembangkan kesejahteraan di dalam lingkungannya yang bersifat badan dan jiwa ataupun sosial. Dalam undang-undang ini dicantumkan usaha bidang higiene dan pelaksanaan usaha dimana ketentuannya sebagai berikut:

- a. Masyarakat harus mengerti dan sadar akan pentingnya keadaan yang sehat, baik kesehatan pribadi, maupun kesehatan masyarakat.
- b. Pemerintah harus memberikan pelayanan di bidang kesehatan bagi masyarakat.

3. Undang-undang Nomor 4 Tahun 1982 tentang Pokok-Pokok Pengelolaan Lingkungan Hidup

Di dalam Undang-undang ini dijelaskan bahwa kesehatan lingkungan adalah suatu kondisi lingkungan yang mampu menopang keseimbangan ekologis yang dinamis antara manusia dan lingkungan untuk mendukung tercapainya kualitas hidup manusia yang sehat, sejahtera dan bahagia.

4. Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992

Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 kesehatan berupaya menghimpun ketentuan-ketentuan hukum yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan menjadi satu dalam satu Undang-undang. Kesehatan lingkungan masuk dalam BAB mengenai upaya kesehatan. Pasal 22 menyatakan tentang kesehatan lingkungan sebagai berikut:

- a. Kesehatan lingkungan dilaksanakan terhadap tempat umum, lingkungan pemukiman, lingkungan kerja angkutan umum dan lingkungan lainnya.
- b. Kesehatan lingkungan meliputi penyehatan air dan udara, pengamanan limbah padat, limbah cair, limbah gas, radiasi dan kebisingan, pengendalian vector penyakit dan penyehatan atau pengamanan lainnya.
- c. Setiap tempat atau sarana pelayanan umum wajib memelihara dan meningkatkan lingkungan yang sehat sesuai dengan standar pelayanan.

Untuk mencapai kesehatan masyarakat yang optimal, perlu ditingkatkan sanitasi lingkungan, baik pada lingkungan tempatnya maupun terhadap wujud atau bentuk substansinya yang berupa fisik, kimiawi, atau biologis, termasuk perubahan perilaku.

Mengenai tempat umum dimaksud antara lain hotel, pasar, pertokoan, pasar swalayan, mal dan bioskop. Demikian pula lingkungan kerja, lingkungan pemukiman dan angkutan umum sama saja seperti yang diatur pada undang-undang kesehatan atau hygiene yang sama.

Penyehatan air dan udara untuk meningkatkan kualitas, termasuk penekanan pada masalah polusi. Pengamanan ditujukan untuk limbah padat, cair dan gas serta pengamanan dan penetapan standar penggunaan alat yang menghasilkan radioaktif, gelombang elektromagnetik, listrik tegangan tinggi, sinar infra merah dan ultra violet. Selain itu pengamanan terhadap ambang batas bising yang dapat mengganggu kesehatan di pabrik-pabrik serta pengendalian vector penyakit dari binatang pembawa penyakit seperti serangga dan binatang pembawa penyakit seperti serangga dan binatang pengerat.

5. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009

Tidak seperti pada Undang-undang kesehatan sebelumnya yang memasukan kesehatan pada BAB upaya kesehatan. Pada Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 memasukan kesehatan lingkungan pada BAB tersendiri. Pada Pasal 163 ayat (3) disebutkan bahwa lingkungan sehat adalah lingkungan yang terbebas dari unsur-unsur yang dapat menimbulkan gangguan kesehatan, antara lain:

- a. Limbah cair
- b. Limbah padat
- c. Limbah gas
- d. Sampah yang tidak diproses sesuai dengan persyaratan yang ditetapkan pemerintah
- e. Binatang pembawa penyakit
- f. Zat kimia yang berbahaya
- g. Kebisingan yang melebihi ambang batas
- h. Radiasi sinar pengion dan non-pengion
- i. Air yang tercemar
- j. Udara yang tercemar

k. Makanan yang terkontaminasi

Lebih lanjut pada Pasal 163 ayat (2) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyatakan bahwa cakupan lingkungan sehat, antara lain:

- a. Lingkungan pemukiman
- b. Tempat kerja
- c. Tempat rekreasi
- d. Tempat dan fasilitas umum

Adapun ketentuan mengenai standar baku mutu kesehatan lingkungan dan proses pengolahan limbah sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dan ayat (3), ditetapkan dengan Peraturan Pemerintah.

BAB 11
ASPEK HUKUM
KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA

A. DEFINISI KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA (K3)

Setiap tahun tercatat ribuan kecelakaan terjadi di tempat kerja. Pada tahun 2007 menurut Jamsostek tercatat 65.474 kecelakaan yang mengakibatkan 1.451 orang meninggal, 5.326 orang cacat tetap dan 58.697 orang cendera. Data kecelakaan tersebut mencakup seluruh perusahaan yang menjadi anggota Jamsostek dengan jumlah peserta sekitar 7 juta orang atau sekitar 10 % dari seluruh perkerja di Indonesia. Dengan demikian, angka kecelakaan mencapai 930 kejadian untuk setiap 100.000 perkerja setiap tahun. Oleh karena itu jumlah kecelakaan keseluruhannya diperkirakan jauh lebih besar. Bahkan menurut penelitian *World Economic Forum* tahun 2006, angka kematian mengakibatkan kecelakaan di Indonesia mencapai 17 — 18 untuk setiap 100.000 perkerja. Kerugian materi akibat kecelakaan juga besar seperti kerusakan sarana produksi, biaya pengobatan dan kompensasi.

Menurut laporan *International Labour Organization* (ILO) tahun 2006 kerugian akibat kecelakaan kerja mencapai 4 % dari GDP suatu Negara. Artinya, dalam skala industri, kecelakaan dan penyakit akibat kerja menimbulkan kerugian 4 persen dari biaya produksi berupa pemborosan terselubung (*hidden cost*) yang dapat mengurangi produktivitas yang akhirnya dapat mempengaruhi daya

saing suatu Negara. Hasil survey *World Economic Forum* tersebut juga mengkaitkan antara daya saing dengan tingkat kecelakaan.

Kondisi ini disebabkan karena masih kurangnya kesadaran dan pemahaman kalangan usaha di Indonesia akan pentingnya aspek keselamatan dan kesehatan kerja (K3) sebagai salah satu unsur untuk meningkatkan daya saing. Untuk mengantisipasi hal ini, pemerintah telah merencanakan upaya peningkatan keselamatan dan kesehatan kerja (K3), misalnya dengan mewajibkan penerapan program keselamatan dan kesehatan kerja (K3) dan sistem manajemen K3 (SMK3). Namun sejauh ini, kondisi keselamatan dan kesehatan kerja (K3) di Indonesia masih memperhatikan.

Keselamatan dan kesehatan kerja (K3) secara filosofi adalah suatu pemikiran dan upaya untuk menjamin keadaan, keutuhan, dan kesempurnaan, baik jasmani maupun rohani manusia serta karya dan budayanya tertuju pada kesejahteraan manusia pada umumnya dan tenaga kerja khususnya.

K3 secara keilmuan adalah suatu cabang ilmu pengetahuan dan penerapannya yang mempelajari tentang cara penanggulangan kecelakaan kerja di tempat kerja. K3 secara praktis/hukum, di lain sisi, merupakan suatu upaya perlindungan agar tenaga kerja selalu dalam keadaan selamat dan sehat selama melakukan pekerjaan di tempat kerja serta begitu pula bagi orang lain yang memasuki tempat kerja maupun sumber dari proses produksi dapat secara aman dan efisien dalam pemakaiannya.

Ditinjau dari segi keilmuan, K3 dapat diartikan sebagai ilmu pengetahuan dan penerapan guna mencegah kemungkinan terjadinya kecelakaan dan penyakit yang disebabkan oleh pekerjaan dan lingkungan kerja. K3 merupakan segala daya atau pemikiran yang ditujukan untuk menjamin keutuhan dan kesempurnaan baik jasmani maupun rohani tenaga kerja pada khususnya dan manusia pada umumnya, hasil karya budayanya, untuk meningkatkan kesejahteraan tenaga kerja menuju masyarakat adil dan makmur. Dengan demikian, untuk menjaga kemungkinan terjadinya kecelakaan kerja merupakan bidang keselamatan kerja (bersifat teknis), sedangkan kemungkinan terjadinya kasus penyakit akibat kerja merupakan bidang kesehatan kerja (bersifat medis)

Keselamatan kerja didefinisikan sebagai upaya perlindungan pekerja, orang lain di tempat kerja, dan sumber produksi agar selalu dalam keadaan selamat selama dilakukan proses kerja. Sedangkan kesehatan kerja diartikan sebagai lapangan kesehatan yang mengurus masalah-masalah kesehatan secara menyeluruh bagi masyarakat pekerja. Menyeluruh dalam arti upaya-upaya preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif, higiene, penyesuaian faktor manusia terhadap pekerjaannya, serta upaya lainnya.

B. TUJUAN K3

Secara umum tujuan K3 adalah untuk menciptakan tenaga kerja yang sehat dan produktif. Selain itu, untuk menciptakan lingkungan kerja yang higienis, aman, dan nyaman yang dikelola oleh tenaga kerja sehingga sehat, selamat, dan produktif.

Sementara itu, para ahli ada yang membedakan tujuan K3 berdasarkan keselamatan kerja dan kesehatan kerja. Tujuan keselamatan kerja adalah untuk: (1) melindungi pekerja atas hak keselamatannya dalam melakukan pekerjaan untuk kesejahteraan hidup dan meningkatkan produksi serta produktivitas nasional; (2) menjamin keselamatan setiap orang lain yang berada di tempat kerja; serta (3) memelihara dan menggunakan sumber produksi secara aman dan efisien. Sedangkan, tujuan kesehatan kerja adalah untuk:

(1) mencegah dan memberantas penyakit-penyakit akibat kerja;
(2) memelihara dan meningkatkan kesehatan dan gizi pekerja; (3) merawat dan mempertinggi efisiensi dan daya produktivitas tenaga kerja; (4) memberantas kelelahan kerja serta melipatgandakan kegairahan dan kenikmatan bekerja; serta (5) sebagai perlindungan bagi masyarakat sekitar dari bahaya yang mungkin ditimbulkan.

The *Joint ILO/WHO Committee On Occupation Health* telah menetapkan tujuan dari K3 antara lain:

1. Memberikan pemeliharaan dan peningkatan derajat kesehatan ke tingkat yang setinggi-tingginya, baik fisik, mental, maupun kesejahteraan sosial masyarakat pekerja di semua lapangan kerja.
2. Mencegah timbulnya gangguan kesehatan masyarakat pekerja yang diakibatkan oleh kondisi lingkungan kerjanya
3. Memberi perlindungan bagi pekerja dalam pekerjaannya dari kemungkinan bahaya yang disebabkan oleh faktor-faktor yang membahayakan kesehatan
4. Menempatkan dan memelihara pekerja disuatu lingkungan pekerjaan yang sesuai dengan kemampuan fisik dan psikis pekerjaannya. Untuk mewujudkan tenaga kerja yang sehat dan produktif dapat digunakan dua pendekatan, yakni pendekatan pengendalian pengaruh faktor fisik, kimia, dan biologi terhadap tenaga kerja dengan sasaran lingkungan kerja bersifat teknis. Sedangkan pendekatan konsep kesehatan kerja untuk menciptakan tenaga kerja yang sehat dan produktif, dengan sasaran mencegah penyakit akibat kerja yang bersifat medis.

Menurut Pusat Pendidikan dan Latihan Pegawai Kementrian Tenaga Kerja dan Transmigrasi, tujuan dan sasaran pelaksanaan K3 adalah: (a) mencegah, mengurangi kecelakaan, bahaya peledakan, dan kebakaran; (b) mencegah, mengurangi timbulnya penyakit akibat kerja; (c) mencegah, mengurangi kematian, cacat tetap, dan luka ringan; (d) mengamankan material bangunan, mesin, dan alat kerja lainnya; (e) meningkatkan

produktivitas; (f) mencegah pemborosan tenaga kerja dan modal; (g) menjamin tempat kerja sehat dan aman; serta (h) memperlancar, meningkatkan, dan mengamankan sumber dan proses produksi.

C. FAKTOR – FAKTOR YANG MEMPENGARUHI K3

Secara garis besar, faktor yang perlu mendapat perhatian dalam K3 yaitu 1) lingkungan kerja, 2) peralatan yang digunakan, 3) bahan yang digunakan, 4) keadaan dan kondisi tenaga kerja, dan 5) metode kerja.

1. Lingkungan kerja

Lingkungan kerja adalah setiap ruangan atau lapangan, terbuka atau tertutup, bergerak atau tetap, tempat orang bekerja atau melakukan aktivitas kerja dan sering dimasuki tenaga kerja untuk keperluan suatu usaha yang mengandung berbagai sumber bahaya. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja Pasal 21 telah menjamin perlindungan dan keselamatan dan kesehatan kerja terhadap karyawan disuatu tempat kerja dengan memberi hak dan kewajiban.

2. Peralatan yang digunakan

Mesin dan peralatan kerja yang dipergunakan dapat berpengaruh baik secara langsung maupun tidak langsung terhadap kemungkinan timbulnya kasus kecelakaan kerja. Sehubungan dengan ini, sangat penting untuk memperhatikan mesin dan alat kerja yang digunakan, yaitu 1) kondisi perlindungan atau penanganan mesin-mesin dan perkakas, 2) kondisi alat-alat kerja

3. Bahan yang digunakan

Sangat penting untuk memperhatikan bahan-bahan yang digunakan, misalnya penggunaan bahan-bahan kimia. Bahan-bahan yang dipergunakan dapat menimbulkan hazard yang pada akhirnya dapat menimbulkan penyakit akibat kerja dan kecelakaan kerja. Hazard merupakan satu kesatuan kombinasi dari tiga variabel yang terdiri dari frekuensi (*frequency*), lama waktu (*duration*), dan keparahan dampak (*severity*) yang ditimbulkan akibat pajanan terhadap suatu substansi atau energi. Hazard adalah sesuatu dapat berupa bahan beracun, ceceran larutan kimia di lantai, bakteri patogen. Sedangkan magnitude suatu hazard sangat ditentukan oleh dua faktor yaitu karakter atau sifat dan jumlahnya/banyaknya hazard tersebut.

4. Keadaan dan kondisi tenaga kerja

Kondisi tenaga kerja berhubungan dengan tingkat produktivitas Tenaga kerja yang kondisi fisiknya kurang seha atau sering sakit cenderung berakibat menurunnya semangat kerja, kondisi seperti ini merupakan peluang terjadinya kecelakaan kerja, yang akhirnya mengganggu kegiatan di tempat kerja. Usaha pencegahan terhadap kondisi yang dapat menyebabkan penyakit akibat kerja dan kecelakaan kerja harus selalu diupayakan. Adapun keadaan tenaga kerja yang perlu diatur antara lain: 1) kondisi mental dan fisik, 2) kebiasaan yang baik dan aman, 3) serta pemakaian alat pelindung diri.

5. Metode kerja

Metode kerja sangat dipengaruhi oleh pengalaman dan cara kerja yang benar. Pengalaman dan cara kerja yang benar harus memperhatikan beberapa aspek antara lain peralatan, posisi kerja, dan penggunaan peralatan. Hampir 25% kecelakaan yang diderita oleh tenaga kerja disebabkan dalam penanganan material. Beberapa keluhan seperti hernia, keseleo, ketegangan, luka-luka disebabkan oleh cara kerja atau mengangkat dan membawa yang kurang benar.

Sebagian besar masalah K3 akibat bekerja dalam posisi yang tidak ergonomis. Posisi tubuh yang salah atau tidak alamiah, apalagi dalam sikap terpaksa dapat menimbulkan kesulitan dalam melakukan kerja, mengurangi ketelitian, menyebabkan mudah lelah sehingga kerja kurang efisien. Keadaan ini dalam jangka waktu panjang dapat menyebabkan gangguan fisik dan psikologis, keluhan yang paling sering adalah *low back pain*.

D. KECELAKAAN KERJA

Kecelakaan adalah kejadian yang tidak terduga, tidak dikehendaki dan menimbulkan akibat yang buruk. Bertolak dari pemikiran ini maka sesungguhnya kecelakaan itu dapat dihindari dengan cara melakukan upaya-upaya pencegahan, sehingga dengan demikian akibat yang lebih buruk yang mungkin akan terjadi di masa depan itu menjadi tidak pernah terjadi sama sekali. Lebih lanjut, kecelakaan didefinisikan sebagai suatu kejadian yang tidak diharapkan, diramalkan, ataupun diinginkan; suatu kejadian yang menimbulkan cedera atau penyakit pada seseorang; suatu kejadian yang menyebabkan kerusakan properti, produk, perlengkapan, bangunan, dan sebagainya; suatu kejadian hampir celaka: suatu gangguan pekerjaan; atau kombinasi dari kejadian-kejadian tersebut. Kecelakaan kerja, dengan demikian, merupakan kecelakaan yang berkaitan dengan hubungan kerja. Kecelakaan kerja meliputi juga kecelakaan

tenaga kerja yang terjadi pada saat perjalanan ke dan dari tempat kerja serta meliputi penyakit yang timbul karena hubungan kerja.

Menurut Permenaker No:04/MEN/1993 tentang jaminan kecelakaan kerja menyebutkan bahwa kecelakaan kerja adalah kecelakaan yang terjadi berhubung dengan hubungan kerja, demikian juga kecelakaan kerja yang terjadi karena dalam perjalanan berangkat dari rumah menuju ketempat kerja, dan pulang ke rumah melalui jalan yang biasa atau yang wajar dilalui tiap hari.

Kecelakaan kerja adalah setiap perbuatan atau kondisi tidak selamat yang dapat mengakibatkan kecelakaan. Kecelakaan kerja merupakan suatu kejadian atau peristiwa yang tidak diinginkan yang merugikan terhadap manusia, merusak harta benda atau kerugian terhadap proses.

Klasifikasi kecelakaan kerja adalah: 1) Kecelakaan ringan, jika kecelakaan ini tidak menimbulkan kehilangan hari kerja dengan indikasi saat terjadi kecelakaan kerja karyawan dapat kembali bekerja pada hari yang sama; 2) kecelakaan sedang, apabila kecelakaan kerja tersebut menyebabkan kehilangan hari kerja dengan indikasi pada saat terjadi kecelakaan tidak dapat melanjutkan pekerjaan; 3) kecelakaan kerja berat, jika pada saat terjadi kecelakaan kerja tidak dapat melanjutkan pekerjaan dan menimbulkan cacat jasmanirohani dengan indikasi surat keterangan dari dokter yang memeriksa; 4) kecelakaan kerja fatal, apabila kecelakaan kerja menimbulkan kematian dengan indikasi surat keterangan dari dokter yang memeriksa.

Kecelakaan kerja disebabkan oleh: (1) *unsafe human act* berupa tindak perbuatan manusia yang tidak memenuhi keselamatan seperti tidak memakai alat pelindung diri, bekerja tidak sesuai prosedur, bekerja sambil bergurau, menaruh barang atau alat kerja tidak benar, sikap kerja yang tidak selamat, bekerja didekat alat yang bergerak atau berputar, kelelahan, kebosanan, dan sebagainya; (2) *unsafe condition* berupa keadaan lingkungan yang tidak aman seperti mesin tanpa pengaman, peralatan yang sudah tidak sempurna tetapi masih dipakai, penerangan yang kurang memadai, ventilasi yang tidak baik, tata ruang yang tidak baik, lantai yang licin, desain dan konstruksi yang berbahaya dan sebagainya.

Sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja (SMK3) menjelaskan bahwa terjadinya kecelakaan ditempat kerja sebagian besar disebabkan oleh faktor manusia dan sebagian kecil disebabkan karena faktor teknis. Dalam pengendalian bahaya akibat kecelakaan kerja ada 3 jenis upaya, yaitu: 1) pengendalian tehnik; 2) pengendalian administratif; dan 3) penggunaan alat pelindung diri (APD). Semua jenis upaya pengendalian ini dapat digunakan secara bersama-

sama, tetapi harus diberikan prioritas kepada pengendalian teknik sebelum metoda pengendalian yang lain yang digunakan.

Sebagai dasar pencegahan kecelakaan kerja yang dipakai oleh setiap perusahaan adalah Undang-undang Republik Indonesia. No. 13 tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan, dalam pasal 86 ayat (1) disebutkan bahwa setiap pekerja/buruh mempunyai hak untuk memperoleh perlindungan atas: a) keselamatan dan kesehatan kerja; b) moral dan kesusilaan ; dan c) perlakuan yang sesuai dengan harkat dan martabat manusia serta nilai-nilai agama, kemudian pada ayat (2) untuk melindungi keselamatan pekerja/buruh guna mewujudkan produktivitas kerja yang optimal diselenggarakan upaya keselamatan dan kesehatan kerja.

E. PENYAKIT KERJA

Penyakit akibat kerja, di lain sisi, didefinisikan sebagai penyakit yang timbul dan diderita oleh tenaga kerja dalam pekerjaannya, setelah terbukti bahwa sebelum bekerja tenaga kerja tidak mengalami gangguan kesehatan atau terkena penyakit tersebut. Komite gabungan ILO dan WHO mengenai *Occupational Health* pada tahun 1989 menyatakan bahwa *work-related disease* (penyakit akibat kerja) bukan hanya didefinisikan sebagai *occupational disease*, namun juga meliputi penyakit lain yang disebabkan oleh lingkungan kerja dan performansi kerja yang berkontribusi secara signifikan sebagai satu dari beberapa faktor kausatif. Penyakit akibat kerja mencakup semua kondisi patologis yang terjadi karena bekerja dalam jangka waktu lama, misalnya akibat penggunaan tenaga berlebih atau terpapar faktor berbahaya pada material, peralatan, atau lingkungan kerja.

The ILO Employment Injury Benefits Recommendation pada tahun 1964 juga mendefinisikan penyakit akibat kerja sebagai penyakit yang ditimbulkan oleh paparan bahan-bahan dan kondisi yang berbahaya di dalam proses, pertukaran, atau pekerjaan.

Pada simposium Internasional ILO di Austria mengenai penyakit akibat hubungan pekerjaan dapat dibedakan atas dua penyakit, yaitu

- 1) penyakit akibat kerja (*Occupational Disease*) adalah penyakit yang mempunyai penyebab yang spesifik atau asosianya yang diakut,
- 2) penyakit yang berhubungan dengan pekerjaan (*Work related disease*) adalah penyakit yang terjadi pada populasi pekerja tanpa adanya agen penyebab ditempat kerja, namun dapat diperberat oleh kondisi yang buruk bagi kesehatan.

F. SISTEM MANAJEMEN KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA (SMK3)

Menurut Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi Nomor 05 Tahun 1996 Tentang Audit Sistem Manajemen Pasal 1 poin a, sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja yaitu bagian dari sistem manajemen secara keseluruhan yang meliputi struktur organisasi, perencanaan, tanggung jawab, pelaksanaan, prosedur proses, dan sumber daya yang dibutuhkan bagi pengembangan, penerapan, pencapaian, pengkajian, dan pemeliharaan kebijakan keselamatan dan kesehatan kerja dalam rangka pengendalian risiko yang berkaitan dengan kegiatan kerja, guna terciptanya tempat kerja yang aman, efisien, dan produktif.

Osborne dan Zairi menyatakan bahwa sistem manajemen K3 (*Safety Management System, SMS*) merupakan susunan standarstandar, prosedur-prosedur, dan rencana-rencana pengawasan, yang bertujuan mempromosikan keselamatan dan kesehatan kerja bagi pekerja dan melindungi masyarakat dari kecelakaan kerja (Pun & Hui, 2002)._

Manajemen K3 dapat diartikan sebagai salah satu ilmu perilaku yang mencakup aspek sosial dan eksak yang bertanggung jawab atas keselamatan dan kesehatan kerja, baik dari segi perencanaan, pengambilan keputusan, dan organisasi. Manajemen K3 pada dasarnya mencari dan mengungkapkan kelemahan operasional yang memungkinkan terjadinya kecelakaan. Fungsi ini dapat dilaksanakan dengan dua cara, yaitu: (1) mengungkapkan penyebab kecelakaan (akarnya); dan (2) meneliti apakah pengendalian secara cermat dilaksanakan atau tidak.

Tujuan dan sasaran SMK3 terdapat pada Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi Nomor 05 Tahun 1996 Tentang Audit Sistem Manajemen Pasal 2 yakni menciptakan suatu sistem K3 di tempat kerja dengan melibatkan unsur manajemen, tenaga kerja, kondisi dan lingkungan kerja yang terintegrasi dalam rangka mencegah dan mengurangi kecelakaan dan penyakit akibat kerja serta terciptanya tempat kerja yang aman, efisien, dan produktif. Lebih lanjut, suatu program manajemen K3 dapat dikatakan berhasil mencapai tujuan, jika memenuhi semua indikator keberhasilan berikut, yaitu: a) terdapat pencegahan dan pengendalian bahaya; b) terdapat pelatihan K3 bagi semua tenaga kerja; c) terdapat analisis risiko di tempat kerja; d) terdapat komitmen manajemen yang tinggi terhadap K3; dan e) semua pekerja terlibat penuh dalam program K3.

Pengaruh positif terbesar yang dapat diraih akibat penerapan manajemen K3 pada sistem manajemen perusahaan adalah adanya pengurangan angka kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja. Beberapa manfaat lain dari penerapan manajemen K3 adalah:

1. Memberikan kepuasan dan meningkatkan loyalitas pekerja terhadap perusahaan, karena adanya jaminan keselamatan dan kesehatan dalam bekerja;
2. Menunjukkan bahwa sebuah perusahaan telah beritikad baik dalam mematuhi peraturan perundang-undangan, sehingga dapat beroperasi secara normal tanpa menghadapi kendala dari segi ketenagakerjaan;
3. Mencegah terjadinya kecelakaan, kerusakan, atau sakit akibat kerja, sehingga perusahaan tidak perlu mengeluarkan biaya yang ditimbulkan oleh kejadian tersebut;
4. Menciptakan adanya aktivitas dan kegiatan yang terorganisir, terarah, dan berada dalam koridor yang teratur, sehingga organisasi dapat berkonsentrasi melakukan peningkatan terhadap sistem manajemennya dibandingkan melakukan perbaikan terhadap permasalahan-permasalahan yang terjadi;
5. Meningkatkan kepercayaan dan kepuasan pelanggan, karena tenaga kerja dapat bekerja optimal, kemudian meningkatkan kualitas produk dan jasa yang dihasilkan.

Terdapat empat pilar manajemen K3, yang digunakan sebagai azas, prinsip, atau pedoman bagi penerapan manajemen K3 di tempat kerja, yaitu:

1. Organisasi dan administrasi

Ada organisasi K3 yang memadai, yang dibentuk oleh perusahaan yang bersangkutan.

Penerapan manajemen K3 merupakan tanggung jawab pimpinan perusahaan, supervisor, tenaga kerja, penasehat manajemen K3, perwakilan Hiperke, dan komite.

2. Peraturan dan prosedur

Ada prosedur dan peraturan kerja dalam perusahaan. Peraturan dan prosedur manajemen K3 diperbaiki untuk pengembangan dan pemeliharaan kondisi kerja yang sehat dan aman. Bentuk peraturan dan prosedur tersebut adalah: 1) peraturan dan prosedur manajemen K3 termasuk peralatan keselamatan, pakaian pelindung diri, dan kelengkapan lainnya; 2) prosedur keselamatan kerja, termasuk inspeksi, pengecekan, dan penyelidikan; 3) prosedur kesehatan kerja, termasuk inspeksi dan pemeriksaan, pemeliharaan fasilitas, pengobatan penyakit akibat kerja dan cedera; serta 4) hal kebakaran, termasuk identifikasi risiko kebakaran, perlindungan terhadap kebakaran dan pengontrolannya.

3. Pendidikan dan pelatihan

Di perusahaan diselenggarakan pendidikan dan pelatihan yang terkait dengan K3 dan lingkungan kerja. Pendidikan dan pelatihan ini harus dilaksanakan secara teratur dan berkesinambungan.

4. Pengontrolan potensi bahaya di lingkungan kerja

Ada pengawasan dan pengontrolan terhadap potensi bahaya yang ada di tempat kerja. Untuk itu perlu dilakukan analisis dan pengontrolan secara statistik, membandingkan hasil pengukuran dengan standar, serta dilihat dari target yang ingin dicapai, setelah ada koreksi terhadap potensi bahaya di lingkungan kerja.

Keempat pilar di atas harus menjadi perhatian penting dalam pelaksanaan manajemen K3 di tempat kerja, sehingga setiap divisi atau bagian dari suatu organisasi perusahaan hendaknya menjalankan setiap pilar tersebut. Fokus dan perhatian terhadap pelaksanaan keempat pilar manajemen K3 tersebut menentukan keberhasilan pelaksanaan K3 di tempat kerja.

Dalam penerapan SMK3, perusahaan wajib melaksanakan 5 prinsip yang diatur dalam Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi Nomor 05 Tahun 1996 Tentang Audit Sistem Manajemen Pasal 4 ayat 1. Kelima prinsip tersebut antara lain:

1. Menetapkan kebijakan K3 dan menjamin komitmen terhadap penerapan SMK3. Komitmen dan kebijakan meliputi:

a. Kepemimpinan dan komitmen

Pengurus harus menunjukkan kepemimpinan dan komitmen terhadap K3 dengan menyediakan sumber daya yang memadai. Pengusaha, pengurus perusahaan, tenaga kerja, dan pihak-pihak lain harus menunjukkan komitmen terhadap K3.

b. Tinjauan awal K3

Tinjauan awal K3 di perusahaan dilakukan dengan mengidentifikasi kondisi yang ada dibandingkan dengan ketentuan yang diatur dalam Permenakertrans no. 05 tahun 1996 yaitu mengidentifikasi sumber bahaya yang berkaitan dengan kegiatan perusahaan, penilaian tingkat pengetahuan, pemenuhan peraturan perundangan, dan standar K3, membandingkan penerapan K3 dengan perusahaan dan sektor lain yang lebih baik, meninjau sebab dan akibat kejadian yang membahayakan, kompensasi, dan gangguan

serta hasil penilaian sebelumnya yang berkaitan dengan K3, menilai efisiensi dan efektivitas sumberdaya yang disediakan.

c. Kebijakan K3

Kebijakan K3 adalah suatu pernyataan tertulis yang ditandatangani oleh pengusaha dan atau pengurus yang memuat keseluruhan visi dan tujuan perusahaan, komitmen, dan tekad melaksanakan K3, kerangka dan program kerja yang mencakup kegiatan perusahaan secara menyeluruh yang bersifat umum dan atau operasional. Kebijakan K3 dibuat melalui proses konsultasi antara pengurus dan wakil tenaga kerja yang kemudian harus dijelaskan dan disebarluarkan kepada semua tenaga kerja, pemasok, dan peianggan. Kebijakan K3 bersifat dinamis dan selalu ditinjau ulang dalam rangka peningkatan kinerja K3.

2. Merencanakan pemenuhan kebijakan, tujuan dan sasaran penerapan K3

Perusahaan harus membuat perencanaan yang efektif guna mencapai keberhasilan penerapan dan kegiatan SMK3 dengan sasaran yang jelas, dan dapat diukur. Perencanaan harus memuat tujuan, sasaran, dan indikator kinerja yang diterapkan dengan mempertimbangkan identifikasi sumber bahaya, penilaian, dan pengendalian risiko sesuai dengan persyaratan peraturan perundangan yang berlaku serta hasil pelaksanaan tinjauan awal terhadap K3. Dalam perencanaan ini secara rinci terbagi atas:

- a. Perencanaan identifikasi bahaya, dan pengendalian risiko dari kegiatan, produksi barang dan jasa.
- b. Pemenuhan akan peraturan dan perundangan dan persyaratan lainnya, dan setelah itu menjelaskan peraturan perundangan dan persyaratan lainnya kepada seluruh tenaga kerja.
- c. Menetapkan tujuan dan sasaran kebijakan K3 yang ditetapkan oleh perusahaan yang harus dapat diukur, menggunakan satuan atau indikator pengukuran, sasaran pencapaian, dan jangka waktu pencapaian.
- d. Menggunakan indikator kinerja sebagai dasar penilaian kinerja K3 yang sekaligus merupakan informasi mengenai keberhasilan pencapaian SMK3.
- e. Perencanaan awal dan perencanaan kegiatan yang sedang berlangsung. Penerapan awal SMK3 yang berhasil memerlukan rencana yang dapat dikembangkan secara berkelanjutan dan dengan jelas 1) menetapkan tujuan serta sasaran SMK3 yang dapat

dicapai dengan menetapkan sistem pertanggungjawaban dalam pencapaian tujuan dan sasaran sesuai dengan fungsi dan tingkat manajemen yang bersangkutan, 2) menetapkan sarana dan jangka waktu untuk pencapaian tujuan dan sasaran.

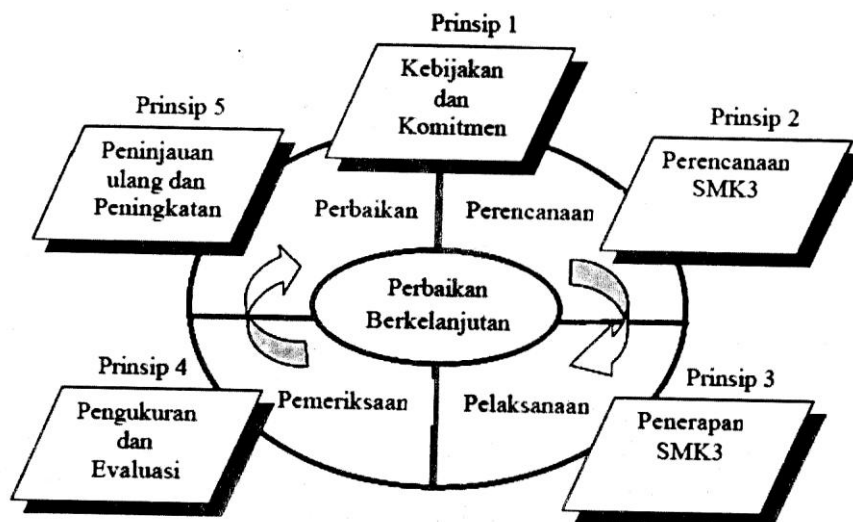
3. Menerapkan kebijakan K3 secara efektif dengan mengembangkan kemampuan dan mekanisme pendukung yang diperlukan untuk mencapai kebijakan, tujuan, dan sasaran K3. Pada tahap penerapan SMK3 yang perlu mendapat perhatian perusahaan adalah:
 - a. Jaminan kemampuan yang meliputi sumber daya manusia, sarana, dana, integrasi, tanggung jawab, tanggung gugat, konsultasi, motivasi dan kesadaran, pelatihan dan kompetensi kerja.
 - b. Kegiatan pendukung yang meliputi komunikasi, pelaporan, pendokumentasian, pengendalian dokumen, pencatatan, dan manajemen informasi.
 - c. Identifikasi sumber bahaya, penilaian, dan pengendalian risiko yang meliputi: identifikasi sumber bahaya, penilaian risiko, tindakan pengendalian, perancangan (desain), dan rekayasa, pengendalian administrasi, tinjauan ulang kontrak, pembelian, prosedur menghadapi keadaan darurat atau bencana, prosedur menghadapi insiden, prosedur rencana pemulihan keadaan darurat.
4. Mengukur, memantau, dan mengevaluasi kinerja K3 serta melakukan tindakan perbaikan, dan pencegahan. Perusahaan harus memiliki sistem untuk mengukur, memantau, dan mengevaluasi kinerja SMK3, dan hasilnya harus dianalisis guna menentukan keberhasilan atau melakukan identifikasi tindakan perbaikan. Terdapat 3 kegiatan dalam melakukan pengukuran dan evaluasi yaitu:
 - a. Inspeksi dan pengujian
Perusahaan harus menetapkan dan memelihara prosedur inspeksi, pengujian, dan pemantauan yang berkaitan dengan tujuan dan sasaran K3. Frekuensi inspeksi dan pengujian harus sesuai dengan objeknya.
 - b. Audit SMK3
Audit SMK3 harus dilakukan secara berkala untuk mengetahui keefektifan penerapan SMK3. Audit harus dilaksanakan secara sistematis dan independen oleh personil yang memiliki kompetensi kerja dengan menggunakan metodologi yang sudah ditetapkan.

c. Tindakan perbaikan dan pencegahan

Semua hasil temuan dari pelaksanaan pemantauan, audit, dan tinjauan ulang SMK3 harus didokumentasikan dan digunakan untuk identifikasi tindakan perbaikan dan pencegahan serta manajemen menjamin pelaksanaannya secara sistematis dan efektif.

5. Meninjau secara teratur dan meningkatkan pelaksanaan SMK3 secara berkelanjutan dengan tujuan meningkatkan kinerja K3. Pimpinan yang ditunjuk harus melaksanakan tinjauan ulang SMK3 secara berkala untuk menjamin kesesuaian dan keefektifan yang berkesinambungan dalam pencapaian kebijakan dan tujuan K3. Tinjauan ulang SMK3 harus meliputi:

- a. Evaluasi terhadap penerapan kebijakan K3
- b. Tujuan, sasaran, dan kinerja K3
- c. Hasil temuan audit SMK3
- d. Evaluasi efektivitas penerapan SMK3
- e. Kebutuhan untuk mengubah SMK3



Gambar. Model dan Siklus Penerapan SMK3

(Sumber: Health dan Safety Executive, 1997 cit Silaban 2010)

G. ASPEK HUKUM KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA

Penerapan program keselamatan dan kesehatan kerja (K3) dalam perusahaan akan selalu terkait dengan landasan hukum penerapan program keselamatan dan kesehatan

kerja (K3) itu sendiri. Landasan hukum tersebut memberikan kebijakan yang jelas mengenai aturan yang menentukan bagaimana keselamatan dan kesehatan kerja (K3) harus diterapkan. Sumber -sumber hukum yang menjadi dasar penerapan program keselamatan dan kesehatan kerja (K3) di Indonesia adalah sebagai berikut:

1. Undang - Undang No, 1 Tahun 1970 Tentang Keselamatan Kerja:

Diberlakukan pada tanggal 12 Januari 1970 yang memuat berbagai persyaratan tentang keselamatan kerja. Dalam undang - undang ini, ditetapkan mengenai kewajiban pengusaha, kewajiban dan hak tenaga kerja serta syarat-syarat keselamatan kerja yang harus dipenuhi oleh organisasi.

2. Undang — Undang No. 13 Tahun 2003 Tentang Tenaga Kerja :

Dalam perundangan mengenai ketenagakerjaan ini salah satunya memuat tentang keselamatan kerja yaitu :

- a. Pasal 86 menyebutkan bahwa setiap organisasi wajib menerapkan upaya keselamatan dan kesehatan kerja (K3) untuk melindungi keselamatan tenaga kerja.
- b. Pasal 87 mewajibkan setiap organisasi melaksanakan sistem manajemen K3 yang terintegrasi dengan manajemen organisasi lainnya.

3. Undang — Undang No. 8 Tahun 1998 Tentang Pelindungan Konsunnen :

Pada pasal 2 menyebutkan bahwa pelindungan konsumen berdasarkan manfaat, keadilan, kesinambangan, keamanan dan keselamatan konsumen. Selanjutnya pasal 4 menyebutkan mengenai hak konsumen antara lain hak atas kenyamanan, keamanan, dan keselamatan dalam mengkonsumsi barang dan jasa. Di dalam perundangan ini terkandung aspek keselamatan konsumen (*consumer safety*) dan keselamatan produk (*product safety*).

4. Undang — Undang No 3 Tahun 1992 Tentang Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek)

Undang-Undang No. 3 tahun 1992 tentang Jaminan Sosial Tenaga Kerja (jamsostek) dimaksudkan untuk menggantikan Undang-Undang No. 2 tahun 1951 tentang pernyataan belakunya undang — undang (UU) kecelakaan No. 33 tahun 1947 dan peraturan pemerintah No. 33 tahun 1977 tentang asuransi sosial tenaga kerja (Astek). Undang-Undang (UU) ini mulai berlaku sejak diundangkan pada tanggal 17 Februari 1992. Seperti di dalam konsideran undang-Undang (UU) ini bahwa dengan semakin meningkatnya peranan tenaga

kerja dalam membangun nasional dan semakin tinggi resiko yang mengancam keselamatan, dan kesejahteraan tenaga kerja, maka perlu upaya perlindungan tenaga kerja. Pemberian perlindungan tenaga kerja adalah meliputi

pada saat tenaga kerja melakukan pekerjaan dalam hubungan kerja maupun diluar hubungan kerja melalui program jaminan sosial tenaga kerja dengan mekanisme asuransi.

- a. Pasal 6 (1) : dinyatakan bahwa ruang lingkup program jamsostek meliputi : jaminan kecelakaan kerja, kematian, hari tua dan jaminan pemeliharaan kesehatan.
- b. Daftar penyakit yang timbul karena hubungan kerja diatur dalam keputusan presiden No. 22 tahun 1993 tentang penyakit yang timbul karena hubungan kerja.
- c. Penyelenggaraan program jamsostek diatur dengan peraturan pemerintah Nomor 14 tahun 1993 meliputi : kepesertaan, iuran, besar dan tata cara pembayaran dan pelayanan jaminan sosial serta sanksi. Selanjutnya melalui peraturan pemerintah No. 28 tahun 2002 dilakukan perubahan ketiga atas peraturan pemerintah No. 14 tahun 1993, khususnya untuk mengubah ketentuan pasal 22 (1). Mengenai jaminan kematian dan lampiran II huruf A angka 3 mengenai besarnya santunan kematian (lumpusum)
- d. Petunjuk teknis kepesertaan dan pelayanan jamsostek diatur di dalam peraturan Menteri Tenaga Kerja No. Per — 05 / MEN / 1993.

5. Undang — Undang No. 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan Khususnya Pada Pasal 23 :

Dinyatakan bahwa keselamatan kerja (K3) diselenggarakan untuk mewujudkan produktivitas kerja yang optimal yang meliputi pelayanan kesehatan kerja, pencegahan penyakit akibat kerja, dan syarat kesehatan kerja. Secaragaris besar di dalam penjelasan undang — undang ini, di uraikan hal — hal sebagai berikut :

- a. Kesehatan kerja diselenggarakan untuk maksud agar setiap perkerja dapat berkerja secara sehat tanpa membahayakan diri sendiri dan masyarakat disekelilingnya, agar diperoleh produktivitas yang optiomal, sejalan dengan program perlindungan tenaga kerja.
- b. Upaya kesehatan kerja pada hakekatnya penyesuaian kapasitas kerja, beban kerja, dan lingkungan kerja. Pelayanan kesehatan kerja adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pekerja sesuai dengan jaminan sosial tenaga kerja dan mencakup upaya peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit dan pemuliharaan

kesehatan. Syarat kesehatan kerja meliputi persyaratan kesehatan perkerja baik fisik maupun psikis sesuai dengan jenis pekerjaannya, persyaratan bahan baku, peralatan, dan proses kerja serta tempat atau lingkungan kerja.

- c. Tempat kerja adalah tempat yang terbuka atau tertutup, bergerak atau tetap, yang dipergunakan untuk memproduksi barang dan jasa, oleh satu atau beberapa orang perkerja, tempat kerja yang wajib menyelenggarakan kesehatan kerja adalah tempat yang mempunyai resiko bahaya kesehatan, mudah terjangkit penyakit atau mempunyai karyawan paling sedikit 10 (sepuluh) orang.

6. Undang — Undang Higiene Perusahaan No. 3 Tahun 1969 Tentang Persetujuan Konvensi ILO No. 120 :

Mengenai higine dalam peniagaan dan kantor — kantor mulai sejak diundangkan pada tanggal 25 Februari 1961.

7. Undang — Undang Pengawasan Ketenagakerjaan Nomor 21 Tahun 2003 :

Tentang pengesahan konvensi ILO Nomor 81 mengenai pengawasan ketenagakerjaan dalam industry dan perdagangan dimaksudkan untuk dapat melaksanakan pengawasan ketenagakerjaan secara efektif sesuai standar yang ditetapkan oleh *International Labour Organization* (ILO).

8. Undang — Undang No. 28 Tahun 2002 Tentang Bangunan Gedung:

Gedung memuat aspek keselamatan bangunan (building safety) antara lain :

1. Pasal 16 : Persyaratan keadilan bangunan gedung meliputi persyaratan keselamatan, kesehatan, kenyamanan, dan kemudahan.
2. Pasal 17 : Persyaratan keselamatan bangunan gedung sebagai mana meliputi persyaratan kemampuan bangunan gedung untuk mendukung beban muatan, serta kemampuan bangunan gedung dalam mencegah dan menanggulangi bahaya kebakaran dan bahaya petir.
3. Pasal 21 : Persyaratan kesehatan bangunan gedung meliputi persyaratan sistem penghawaan, pencahayaan, sanitasi, dan penggunaan bahan bangunan gedung.

9. Undang - Undang Kesehatan No. 36 Tahun 2009 :

Dalam undang - undang No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, telah diatur dalam BAB tersendiri yaitu pada pasal 164- 166, yang berisi sebagai berikut :

1. Upaya kesehatan kerja ditunjukkan untuk melindungi pekerja agar hidup sehat dan terbebas dari gangguan kesehatan serta pengaruh buruk yang diakibatkan oleh perkerjaan. Yang dimaksud upaya kesehatan kerja ini, meliputi :
 - a. Perkerja di sektor formal
 - b. Perkerja di sektor informal
 - c. Bagi setiap orang selain perkerja yang berada di lingkungan tempat kerja.
2. Pengelola tempat kerja wajib menaati standar kesehatan kerja yang diatur oleh ketentuan yang berlaku dan menjamin lingkungan kerja yang sehat serta bertanggung jawab atas terjadinya kecelakaan kerja.
3. Pengolahan tempat kerja wajib melakukan segala bentuk upaya kesehatan melalui pencegahan, peningkatan, pengobatan dan pemulihan bagi tenaga kerja.
4. Dalam penyeleksian pemilihan calon pegawai pada perusahaan/instansi, hasil pemeriksaan kesehatan secara fisik dan mental digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam pengambilan keputusan.
5. Majikan atau pengusaha wajib menjamin kesehatan perkerja melalui upaya pencegahan, peningkatan, pengobatan, dan pemulihan serta wajib menanggung seluruh biaya pemeliharaan, dan kesehatan kerja.
6. Pemerintah memberikan dorongan dan bantuan untuk perlindungan perkerja.

BAB 12

ASPEK HUKUM PENYAKIT MENULAR

A. PENGERTIAN PENYAKIT MENULAR

Menurut Notoatmojo (2010), penyakit menular (*communicable disease*) adalah penyakit yang dapat ditularkan dari satu orang ke orang yang lain, baik secara langsung maupun tidak langsung. Penyakit menular ini ditandai dengan adanya organ atau penyebab penyakit yang hidup dan dapat berpindah. Patogen merupakan sumber atau penyebab penyakit menular. Patogen adalah organisme atau substansi seperti bakteri, virus atau parasit yang menimbulkan penyakit. Suatu penyakit dapat menular dari orang yang satu ke orang yang lain arena 3 faktor berikut yaitu: *agent* (penyebab penyakit), *host* (induk semang) dan *route of transmission* (jalannya penularan).

Menurut Depkes (2000), penyakit menular adalah penyakit yang disebabkan oleh bibit penyakit tertentu atau oleh produk toxin yang didapatkan melalui penularan bibit penyakit atau toxin yang diproduksi oleh bibit penyakit tersebut dari orang yang terinfeksi, dari binatang atau dari reservoir kepada orang yang rentan; baik secara langsung maupun tidak langsung melalui tumbuh-tumbuhan atau binatang pejamu, melalui vektor atau melalui lingkungan.

B. CARA PENULARAN PENYAKIT

Penularan penyakit merupakan mekanisme dimana penyakit infeksi ditularkan dari suatu sumber atau reservoir kepada seseorang.

Cara penularan merupakan gambaran mekanisme bagaimana agen penyebab penyakit bisa menular kepada manusia. Mekanisme ini bisa langsung, tidak langsung atau melalui udara.

1. Penularan Langsung

Penularan langsung merupakan mekanisme yang menularkan bibit penyakit langsung dari sumbernya kepada orang atau binatang lain melalui "*Port d'entre*". Hal ini bisa melalui kontak langsung seperti melalui sentuhan, gigitan, ciuman, hubungan seksual, percikan yang mengenai conjunctiva, selaput lendir dari mata, hidung atau mulut pada waktu orang lain bersin, batuk, meludah, bernyanyi atau bercakap (biasanya pada jarak yang kurang dari 1 meter)

2. Penularan Tidak Langsung

Penularan tidak langsung terbagi menjadi 2 yaitu:

- a. Vehicle-borne, merupakan penularan melalui alat-alat yang terkontaminasi seperti mainan anak-anak, saputangan, kain kotor, tempat tidur, alat masak atau alat makan, instrumen bedah atau duk; air, makanan, susu, produk biologis seperti darah, serum, plasma, jaringan organ tubuh, atau segala sesuatu yang berperan sebagai perantara dimana bibit penyakit di "angkut" dibawa kepada orang/binatang yang rentan dan masuk melalui "*Port d'entre*" yang sesuai. Bibit penyakit tersebut bisa saja berkembang biak atau tidak pada alat tersebut sebelum ditularkan kepada orang/binatang yang rentan.

Vector borne, merupakan penularan melalui vektor. Cara penularan vector borne terbagi menjadi dua yaitu (1) mekanis, cara mekanis ini meliputi hal-hal yang sederhana seperti terbawanya bibit penyakit pada saat serangga merayap ditanah baik dibawa pada kakinya atau pada belalainya, begitu pula bibit penyakit dibawa dalam saluran pencernaan serangga. Bibit penyakit tidak mengalami perkembangbiakan. (2) biologis, cara ini meliputi terjadinya perkembangbiakan (propagasi/multiplikasi), maupun melalui siklus perkembangbiakan atau kombinasi kedua-duanya ("*cyclopropagative*") sebelum bibit penyakit ditularkan oleh serangga kepada orang/binatang lain. Masa inkubasi ekstrinsik diperlukan sebelum serangga menjadi infeksius. Bibit penyakit bisa ditularkan secara vertical dari induk serangga kepada anaknya melalui telur ("*transovarium transmission*"); atau melalui transmisi transtadial yaitu Pasasi dari satu stadium ke stadium berikutnya dari siklus hidup parasit didalam tubuh serangga dari bentuk nimfe ke serangga dewasa. Penularan dapat juga terjadi pada saat serangga menyuntikkan air liurnya waktu menggigit atau dengan cara regurgitasi atau dengan cara deposisi kotoran serangga pada kulit sehingga bibit penyakit dapat masuk kedalam tubuh manusia melalui luka gigitan serangga, luka garukan. Cara penularan seperti ini bukanlah cara penularan mekanis yang sederhana sehingga serangga yang menularkan penyakit dengan cara ini masih bisa disebut sebagai vektor penyakit.

3. Penularan melalui udara, yaitu penyebaran bibit penyakit melalui "*Port d'entre*" yang sesuai, biasanya saluran pernafasan. Aerosol berupa partikel ini sebagian atau keseluruhannya mengandung mikro organisme. Partikel ini bisa tetap melayang-layang diudara dalam waktu yang lama sebagian tetap infeksius dan sebagian lagi ada yang kehilangan virulensinya. Partikel yang berukuran 1-5 micron dengan mudah masuk kedalam alveoli dan

tertahan disana. Percikan (droplet) dan partikel besar lainnya tidak dianggap sebagai penularan melalui udara (airborne); (lihat Penularan Langsung).

- a. *Droplet Nuclei*, biasanya berupa residu ukuran kecil sebagai hasil penguapan dari cairan percikan yang dikeluarkan oleh inang yang terinfeksi. *Droplet Nuclei* ini bisa secara sengaja dibuat dengan semacam alat, atau secara tidak sengaja terjadi di laboratorium mikrobiologi dan tempat pemotongan hewan, di tempat perawatan tanaman atau di kamar otopsi. Biasanya *droplet nuclei* ini bertahan cukup lama di udara.
- b. Debu, merupakan partikel dengan ukuran yang berbeda yang muncul dari tanah (misalnya spora jamur yang dipisahkan dari tanah oleh udara atau secara mekanisme), dari pakaian, dari tempat tidur atau kutu yang tercemar.

C. JENIS – JENIS PENYAKIT MENULAR

Jenis-jenis penyakit menular telah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1501 Tahun 2010. tentang Jenis Penyakit Menular Tertentu yang Dapat Menimbulkan Wabah dan Upaya Penanggulangannya pada Pasal 4 ayat (1), yang berbunyi "jenis-jenis penyakit menular tertentu yang dapat menimbulkan wabah adalah sebagai berikut:

- a. Kolera
- b. Pes
- c. Demam berdarah dengue
- d. Campak
- e. Polio
- f. Difteri
- g. Pertusis
- h. Rabies
- i. Malaria
- j. Avia Influenza H5N1
- k. Antraks

I. Leptospirosis

- m. Hepatitis
- n. Influenza A baru (H1N1)
- o. Meningitis
- p. Yellow Fever
- q. Chikungunya

Lebih lanjut pada lembar lampiran dijelaskan mengenai gambaran umum mengenai penyakit menular tersebut, yaitu:

1. Kolera

Kolera merupakan kejadian diare yang ditandai dengan buang air besar yang mengucur seperti cairan besar dan berbau khas sehingga dalam waktu singkat tubuh kekurangan cairan (dehidrasi). Pada pemeriksaan spesimen tinja ditemukan kuman kolera (*Vibrio cholera*) dan atau dalam darah ditemukan zat antinya.

2. Pes bubo

Pes bubo merupakan penyakit yang mempunyai gejala demam tinggi, tubuh dingin, menggigil, nyeri otot, sakit kepala hebat dan ditandai dengan pembengkakan kelenjar getah bening dilipat paha, ketiak, dan leher (bubo). Pada pemeriksaan cairan bubo di laboratorium ditemukan kuman pes (*Yersinia pestis*). Pes pneumonik adalah penyakit yang mempunyai gejala batuk secara tiba-tiba dan keluar dahak, sakit dada, sesak nafas, demam, muntah darah. Pada pemeriksaan sputum atau usap tenggorokan ditemukan kuman pes (*Yersinia pestis*), dan apabila diperlukan dilakukan pemeriksaan darah untuk menemukan zat antinya.

3. Demam berdarah dengue (DBD)

DBD mempunyai gejala demam tinggi mendadak 2-7 hari disertai tanda-tanda perdarahan berupa bintik-bintik merah, mimisan, perdarahan pada gusi, muntah darah, berak darah, pemeriksaan laboratorium dari sediaan darah hematokrit naik 20%, dan trombosit $< 100.000/\text{mm}^3$ dan serologis positif.

4. Campak

Campak mempunyai gejala panas tinggi dengan bercak kemerahan (rash) dikulit disertai salah satu gejala batuk, pilek, dan mata merah (conjunctivitis)

5. Polio

Polio mempunyai gejala demam disertai dengan lumpuh layuh mendadak dan pada pemeriksaan tinja ditemukan virus polio.

6. Difteri

Difteri mempunyai gejala demam disertai adanya selaput tipis (pseudomembran) putih keabu-abuan pada tenggorokan (laring, fasing, tonsil) yang tak mudah lepas, tetapi mudah berdarah. Pada pemeriksaan usap tenggorokan atau hidung terdapat kuman difteri

7. Pertusis

Pertusis merupakan penyakit yang mempunyai gejala batuk beruntun biasanya pada malam hari dengan suara khas yang • pada akhir batuk menarik nafas panjang dan terdengar suara 'hup' (whoop). Pemeriksaan laboratorium pada apusan lendir tenggorok ditemukan kuman pertusis (bordetella pertussis)

8. Rabies

Rabies mempunyai gejala patognomonik takut air (hydrophobia), takut sinar matahari (photopobia), takut suara, dan takut udara (aerophobia). Gejala tersebut disertai dengan air mata berlebihan (hiperlakrimasi), air liur berlebihan (hipersalivasi), timbul kejang bila ada rangsangan, kemudian lumpuh dan terdapat tanda bekas gigitan hewan penular rabies.

9. Malaria

Malaria adalah penyakit yang mempunyai gejala demam, menggigil, dan sakit kepala. Pemeriksaan sediaan darah terdapat parasit malaria (plasmodium).

10. Avian influenza H5N1

Avian influenza H5N1 adalah penyakit yang menyerang saluran pernapasan yang disebabkan oleh virus influenza A H5N1.

11. Antraks

Penyakit antraks terdiri dari 3 tipe yaitu:

- a. Antraks kulit mempunyai gejala dan tanda-tanda timbulnya eschar, yaitu jaringan nekrotik (mati) yang berbentuk ulkus (tukak) dengan kerak berwarna hitam di tengah dan kering.
- b. Antraks pencernaan mempunyai gejala dan tanda-tanda sakit perut hebat, mual, muntah, suhu meningkat, yang dapat diikuti diare akut berdarah (melena) dan muntah darah setelah mengkonsumsi daging ternak. Pada pemeriksaan laboratorium dari feces ditemukan *Bacillus anthracis*.
- c. Antraks pernapasan mempunyai gejala dan tanda-tanda sesak napas (dispnoe) dan batuk darah. Pada salah satu pemeriksaan laboratorium sediaan dari darah, lesi, tinja ditemukan *Bacillus anthracis* atau pada sediaan darah ditemukan zat anti.

12. Leptospirosis

Leptospirosis adalah penyakit yang mempunyai gejala demam tinggi, jaundice, nyeri otot betis dan air kencing berwarna coklat. Pemeriksaan laboratorium darah ditemukan zat antinya.

13. Hepatitis

Hepatitis adalah penyakit yang disebabkan oleh virus hepatitis dengan gejala klinis demam, badan lemas, mual, selaput mata berwarna kuning, atau air kencing berwarna seperti air teh.

14. Influenza A baru (H1N1)

Influenza A baru (H1N1) adalah penyakit pada saluran pernapasan yang ditandai dengan demam $> 38^{\circ}\text{C}$ dan spektrum penyakit mulai dari influenza-like illness (ILI) sampai pneumonia.

15. Meningitis

Meningitis adalah peradangan pada selaput otak dan syaraf spinal yang dapat disebabkan oleh virus, bakteri, atau jamur, yang menyebar melalui peredaran darah dan berpindah ke dalam cairan otak. Meningitis lebih sering disebabkan *Neisseria meningitidis*.

16. Demam kuning (Yellow fever)

Demam kuning adalah penyakit akibat virus yang menyebabkan demam berdarah, ditularkan melalui gigitan nyamuk yang terinfeksi virus penyebab (flavivirus). Nama yellow fever diambil dari tanda kekuningan pada kulit dan mata penderita saat virus menyering hati. Gejala bisa berlangsung 3-5 hari, biasanya berupa demam mendadak,

sakit kepala, nyeri sendi, hilang nafsu makan, nyeri perut, muntah, dan dehidrasi. Pada kasus yang berat, dapat terjadi syok, perdarahan internal, ikterik, dan kegagalan organ.

17. Chikungunya

Chikungunya adalah penyakit viral yang ditularkan oleh nyamuk, dengan gejala khas berupa demam mendadak, rash, dan nyeri sendi. Gejala lain yang mungkin menyertai adalah nyeri otot, sakit kepala, mual, rasa lelah, dan timbul ruam. Nyeri seridi dirasakan sebagai gejala yang menonjol, biasanya hilang dalam beberapa hari atau minggu. Penyakit ini tergolong self limiting, tidak ada pengobatan yang spesifik. Pengobatan ditujukan untuk menghilangkan gejala termasuk nyeri sendi.

D. WABAH DAN PENANGGULANGAN PENYAKIT MENULAR

Wabah merupakan kejadian berjangkitnya suatu penyakit menular dalam masyarakat yang jumlah penderitanya meningkat secara nyata melebihi daripada keadaan yang lazim pada waktu dan daerah tertentu yang dapat menimbulkan malapetaka. Adapun yang dimaksud kejadian luar biasa yaitu timbulnya atau meningkatnya kejadian kesakitan dan/atau kematian yang bermakna secara epidemiologi pada suatu daerah dalam kurun waktu tertentu dan merupakan kejadian yang dapat menjurus pada terjadinya wabah.

Pemerintah bertanggung jawab terhadap kejadian penyakit menular. Hal ini diatur melalui pasal 152 yang berbunyi:

- (1) Pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat bertanggung jawab melakukan upaya pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan penyakit menular serta akibat yang ditimbulkannya.
- (2) Upaya pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan penyakit menular sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan untuk melindungi masyarakat dari tertularnya penyakit, menurunkan jumlah yang sakit, cacat dan/atau meninggal dunia, serta untuk mengurangi dampak sosial dan ekonomi akibat penyakit menular.
- (3) Upaya pencegahan, pengendalian, dan penanganan penyakit menular sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui kegiatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif bagi individu atau masyarakat.
- (4) Pengendalian sumber penyakit menular sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilakukan terhadap lingkungan dan/atau orang dan sumber penularan lainnya.

- (5) Upaya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan dengan harus berbasis wilayah.
- (6) Pelaksanaan upaya sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilakukan melalui lintas sektor.
- (7) Dalam melaksanakan upaya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Pemerintah dapat melakukan kerja sama dengan negara lain.
- (8) Upaya pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan penyakit menular sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pemerintah mempunyai kewenangan untuk menentukan suatu daerah dalam keadaan KLB/wabah, seperti yang tertuang dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Pasal 156 ayat (1). Pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1501 tentang Jenis Jenis Penyakit Menular Tertentu yang Menimbulkan Wabah Pasal 7 dan Pasal 8 disebutkan bahwa pemerintah dalam hal ini adalah kepala dinas kesehatan kabupaten/kota, kepala dinas kesehatan provinsi, atau Menteri.

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 156 ayat (2) menyebutkan bahwa dalam penentuan wilayah terkena wabah harus melalui riset terlebih dahulu. Secara detail penetapan daerah KLB diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1501 tentang Jenis Penyakit Menular Tertentu yang Menimbulkan Wabah Pasal 6 yang berbunyi, "suatu daerah dapat ditetapkan claim keadaan KLB, apabila memenuhi salah satu kriteria sebagai berikut:

- a. Timbulnya suatu penyakit menular tertentu sebagaimana dimaksud dalam pasal 4 yang sebelumnya tidak ada atau tidak dikenal pada suatu daerah.
- b. Peningkatan kejadian kesakitan terus menerus selama 3 (tiga) kurun waktu dalam jam, hari, atau minggu berturut-turut menurut jenis penyakitnya
- c. Peningkatan kejadian kesakitan dua kali atau lebih dibandingkan dengan periode sebelumnya dalam kurun waktu jam, hari, atau minggu menurut jenis penyakitnya.
- d. Jumlah penderita baru dalam periode waktu 1 (satu) bulan menunjukkan kenaikan dua kali atau lebih dibandingkan dengan angka rata-rata per bulan dalam tahun sebelumnya.
- e. Rata-rata jumlah kejadian kesakitan per bulan selama 1 (satu) menunjukkan kenaikan dua kali atau lebih dibandingkan dengan rata-rata jumlah kejadian kesakitan per bulan pada tahun sebelumnya.

- f. Angka kematian kasus suatu penyakit (case fatality rate) dalam 1 (satu) kurun waktu tertentu menunjukkan kenaikan 50% (lima puluh persen) atau lebih dibandingkan dengan angka kematian kasus suatu penyakit periode sebelumnya dalam kurun waktu yang sama.
- g. Angka proporsi penyakit (Proportional Rate) penderita baru pada satu periode menunjukkan kenaikan dua kali atau lebih dibanding satu periode sebelumnya dalam kurun waktu yang sama.

Adapun penetapan daerah wabah, diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1501 tentang Jenis Penyakit Tertentu Yang Menimbulkan Wabah Pasal 10 ayat (1) yang berbunyi penetapan suatu daerah dalam keadaan wabah dilakukan apabila situasi KLB berkembang atau meningkat dan berpotensi menimbulkan malapetaka, dengan pertimbangan sebagai berikut:

- a. Secara epidemiologis data penyakit menunjukkan peningkatan angka kesaitan dan/atau angka kematian
- b. Terganggunya keadaan masyarakat berdasarkan aspek sosial budaya, ekonomi, dan pertimbangan keamanan.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1501 tentang Jens Penyakit Menular Tertentu yang Menimbulkan Wabah Pasal 13 ayat (1) menyatakan penanggulangan KLB/Wabah dilakukan secara terpadu oleh Pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat. Kemudian pada ayat (2) dijelaskan bahwa penanggulangan KLB/ Wabah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:

- a. Penyelidikan epidemiologis
- b. Penatalaksanaan penderita yang mencakup kegiatan pemeriksaan, pengobatan, perawatan, dan isolasi penderita, termasuk tindakan karantina,
- c. Pencegahan dan pengebalan
- d. Pemusnahan penyebab penyakit
- e. Penanganan jenazah akibat wabah
- f. Penyuluhan kepada masyarakat, dan
- g. Upaya penanggulangan lainnya.

Pada ayat (3) dijelaskan bahwa upaya penanggulangan lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf g antara lain berupa meliburkan sekolah untuk sementara waktu,

menutup fasilitas umum untuk sementara waktu, melakukan pengamatan secara intensif/ surveilans selama terjadi KLB serta melakukan evaluasi terhadap upaya penanggulangan secara keseluruhan.

E. PENYAKIT MENULAR SEKSUAL

PMS dikenal dengan sebutan Penyakit akibat Hubungan Seksua! (PHS) atau *Sexually Transmitted Diseases* (STDs) merupakan penyakit yang mengenai organ reproduksi lakilaki atau perempuan, terutama akibat hubungan seksual dengan orang yang sudah terjangkit penyakit kelamin, bisa menyebabkan penderitaan, kemandulan dan kematian. Gejala penyakit ini mudah dikenali, dilihat dan dirasakan pada laki-laki, sedangkan pada perempuan sebagian besar tanpa gejala sehingga sering tidak disadari.

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah suatu virus yang menyebabkan AIDS, virus ini menyerang sel darah putih manusia yang merupakan bagian paling utama dari sistem kekebalan tubuh. Ketika HIV masuk ke dalam tubuh maka dapat ditemukan di dalam darah, cairan sperma (semen) dan cairan vaginal. AIDS (*Aquired Immune Deficiency Syndrome*) adalah kumpulan gejala yang secara berangsur-angsur menghancurkan sistem kekebalan tubuh. Virus HIV masuk kedalam tubuh melewati perantaraan cairan tubuh seperti darah, sperma dan cairan vagina, kemudian masuk aliran darah, selanjutnya HIV merusak system kekebalan tubuh individu. Perkembangan HIV yang tidak berbahaya menjadi berbahaya karena sistem kekebalan tubuh menjadi lemah, yang akan mengakibatkan semua penyakit mudah masuk kedalam tubuh.

Lima cara pokok untuk mencegah penularan HIV yaitu: 1) A, *abstinence*, memilih untuk tidak melakukan hubungan seks berisiko tinggi, terutama seks pranikah, 2) B, *be faithful*, saling setia, C, *condom*, menggunakan kondom secara konsisten dan benar,

3) D, *drugs*, tolak penggunaan NAPZA, 5) E, *equipment*, jangan pakai jarum suntik bersama.

Di dunia setiap liari lebih dari 5000 (lima ribu) kaum muda usia 15-24 tahun terjangkit HIV, Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) memperkirakan setengah dari kasus HIV/AIDS terjadi pada usia remaja 15-24 tahun yang merupakan usia produktif dan sebagian dari mereka tinggal di negara berkembang. Tingglnya kasus HIV/ AIDS di kalangan usia produktif merupakan persoalan yang sangat serius bagi sebuah bangsa, segala upaya harus dilakukan

untuk penanggulangannya mengingat informasi mengenai HIV/AIDS masih sangat terbatas, disebabkan akses remaja untuk mendapatkan informasi masih sangat kurang.

Menurut. Piot (2005) Indonesia merupakan negara baru yang menjadi sorotan dalam upaya pemberantasan HIV/AIDS di dunia. Indonesia dikatakan berada di tepi jurang epidemi HIV/AIDS. Meski pun angka prevalensi HIV/AIDS di Indonesia terbilang kecil, akan tetapi proses transmisinya terbilang cukup cepat. Belum lagi banyak pakar berpendapat penyebarang kasus HIV/AIDS seperti fenomena gunung es dimana angka yang sesungguhnya jauh lebih besar daripada angka yang ada sekarang ini, Sejak ditemukannya kasus HIV/AIDS pertama kali di Indonesia tahun 1987, kini tercatat sedikitnya ada lebih 8000 kasus, yaitu 4065 HIV dan 4186 AIDS (data per September 2006).

Tiga hal utama yang dikhawatirkan di Indonesia dalam penyebaran HIV/AIDS: 1) kalangan pengguna narkoba suntik, 2) kalangan pekerja seks komersial dan kliennya, 3) di Papua HIV/ AIDS telah masuk ke lingkungan masyarakat biasa. Kemudian Piot juga mengatakan Asia merupakan salah satu daerah risiko penyebaran HIV/AIDS yang tinggi, mengingat pada 2005 ada sekitar 8,3 juta orang terinfeksi di Asia, termasuk 1,1 juta infeksi baru dan 520 ribu meninggal.

Tingkat prevalensi HIV/AIDS di Asia lebih rendah dari pada Afrika, sementara jumlah penduduk Asia cukup besar sehingga kita harus selalu waspada dengan perkembangan HIV/AIDS ini. Di China prevalensi HIV/AIDS 18 sampai 56 persen pada pengguna narkoba suntik dan di India jumlah penularan meningkat cukup signifikan di kalangan perempuan yang tertular dari suaminya, data tahun 2003 memperlihatkan ada 5,1 juta penduduk yang terinfeksi. Di Vietnam jumlah penderita HIV/AIDS meningkat dua kali lipat menjadi 263 ribu pada tahun 2005 dan di Thailand program penanggulangan AIDS mencapai kesuksesan dengan penurunan prevalensi hingga angka 1,5 persen tahun 2003.

Di Indonesia jumlah total penderita HIV/AIDS 11604 kasus dengan rincian 4617 kasus HIV dan 6987 kasus AIDS, dengan kematian 1651 kasus. Dari 6987 penderita AIDS ini 3675 adalah AIDS yang disebabkan IDU. Epidemi HIV/AIDS di Indonesia sangat mengancam, ini disebabkan adanya keterkaitan dengan faktor risiko, terutama perilaku seksual dan penggunaan NAPZA suntik yang semakin meningkat dalam tiga tahun terakhir. Hasil penelitian perilaku diketahui lebih dari separuh laki-laki kelompok tertentu baik yang telah menikah maupun belum, pernah berhubungan seks dengan wanita penaja seks, dan sembilan diantara sepuluh orang tidak selalu menggunakan kondom, dan angka ini merupakan yang terendah

dibanding negara Asia lainnya. Perilaku berisiko Iaki-Iaki dapat tertular dan menularkan HIV kepada pasangannya, istrinya selanjutnya kepada bayinya.

Data dari WHO menunjukkan, kurang dari 111 kasus penyakit menular seksual diderita oleh kelompok usia di bawah 25 tahun. Kaum muda dan remaja memang sangat berisiko tinggi terhadap PMS termasuk HIV/AIDS. Setiap lima menit remaja di bawah 25 tahun terinfeksi HIV dan setiap menit 10 perempuan usia 15-19 tahun melakukan aborsi tidak aman.

Menurut Wilopo, pada seminar Hari Kependudukan Dunia 2003 mengatakan, saat ini ada sekitar 1 miliar penduduk usia remaja memasuki perilaku reproduksi dan seksual yang dapat membahayakan atau justru mengancam kehidupannya. Secara pragmatis masalah remaja harus difokuskan pada tiga aspek besar: 1) sebagian besar remaja belum memahami masalah kesehatan reproduksinya, sehingga mereka mengalami kehidupan reproduksi yang tidak sehat termasuk mengalami kehamilan yang tidak diinginkan, 2) sebagian dari mereka melakukan perilaku seksual yang berisiko tinggi yang rentan terhadap PMS dan HIV/AIDS, kecanduan obat-obatan psikotropika, 3) partisipasi sedini mungkin sekelompok remaja dan pemuda (15-24 tahun) dalam proses pembangunan perlu ditingkatkan.

Hasil penelitian yang dilakukan Lembaga Demografi FEU! (2002) menyebutkan secara umum terlihat ada ketimpangan pengetahuan HIV/AIDS dan PMS lainnya. Untuk itu diperlukan komunikasi informasi dan edukasi (KIE) berkaitan dengan PMS lain selain HIV/AIDS. Pengetahuan ini diperlukan karena banyak PMS yang sangat berbahaya. Untuk itu diperlukan terobosan agar sumber informasi tentang pengetahuan PMS dan HIV/AIDS adalah pihak yang dekat dengan remaja, sebagai sumber informasi yang diharapkan adalah dari orang tua, teman dan petugas kesehatan.

Tanjung *et al.* (2003) menyebutkan bahwa HIV/AIDS merupakan jenis PMS yang paling dikenal responden 72,77 persen, selain itu juga sipilis dan gonore. Kebanyakan sumber informasi tentang PMS dan HIV/AIDS sebagian besar didapatkan dari media cetak dan elektronik.

BAB 13

ASPEK HUKUM PENGOBATAN TRADISIONAL

A. PENGERTIAN

Penyembuhan atau pengobatan tradisional sudah lama dikenal di kalangan masyarakat, jauh sebelum kedokteran modern masuk ke Indonesia. sistem pengobatan tradisional merupakan salah satu unsur budaya yang selama ini tumbuh dan berkembang serta terpelihara secara turun temurun di kalangan masyarakat, baik masyarakat perkotaan maupun masyarakat pedesaan sebagai warisan pusaka nusantara. Pada awalnya, pengobatan tradisional bersifat mistik, kepercayaan pada tenaga-tenaga gaib yang berakar pada animisme. Dalam perkembangannya, pengobatan tradisional di Indonesia dipengaruhi oleh banyak budaya asing, seperti India, Cina, Timur Tengah (Arab) dan Eropa. Budaya-budaya tersebut terutama mempengaruhi cara-cara pengobatan tradisional melalui pendekatan keagamaan.

Di era modern sekarang ini, pengobatan tradisional di Indonesia masih menjadi salah satu pilihan utama cara penyembuhan penyakit masyarakat. Menurut Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2008, angka kesakitan penduduk secara nasional sebesar 33,24%, dari jumlah tersebut sebesar 65,59% memilih berobat sendiri dengan menggunakan obat-obatan modern dan tradisional (termasuk berobat di klinik tradisional), sisanya sebesar 34,41% memilih berobat inian ke ouskesmas, praktek dokter dan fasilitas kesehatan lainnya.

Biasanya pilihan pengobatan tradisional ini karena dianggap lebih murah daripada pengobatan modern.

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1076, pengobatan tradisional adalah pengobatan dan atau perawatan dengan cara dan obat yang mengacu pada pengalaman dan keterampilan turun temurun secara empiris yang dapat di pertanggungjawabkan dan di terapkan sesuai dengan norma yang berlaku di masyarakat. Astrid Susanto (2004) menyatakan bahwa pengobatan tradisional adalah salah satu pilihan bagi masyarakat dalam mencari pemecahan masalah kesehatan, pemanfaatannya oleh masyarakat tidak hanya sebagai pemberi layanan kesehatan tapi juga sebagai penasehat kehidupan. Sedangkan menurut Vitahealth (2006) pengobatan tradisional di namakan juga pengobatan alternatif

yaitu setiap bentuk pengobatan yang berada di luar bidang dan praktik pengobatan kedokteran modern.

Orang yang melakukan pengobatan tradisional disebut pengobat tradisional. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1076 Tahun 2003 menyatakan bahwa Pengobat tradisional atau yang di singkat Battra adalah seseorang yang di akui dan di manfaatkan oleh masyarakat sebagai orang yang mampu melakukan pengobatan secara tradisional. Secara umum pengobat tradisional di bagi dua kategori yaitu pengobat tradisional yang menggunakan ramuan dan pengobat tradisional yang menggunakan keterampilan. Untuk pengobat tradisional yang menggunakan ramuan dinamakan shinse dan tabib, sementara itu untuk pengobat tradisional yang menggunakan keterampilan dinamakan akupunturis, refleksiologis, spa therapis, dukun urut dll.

Perry dan Potter (2005), menyebutkan ada empat macam cara dalam pengobatan tradisional, antara lain :

1. Pengobatan tradisional (alternatif) ketrampilan, merupakan pengobatan yang menggunakan keahlian berupa ketrampilan untuk menyembuhkan suatu penyakit. Contoh dari pengobatan tradisional (alternatif) yaitu pijat urut, patah tulang, sunat, dukun bayi, refleksi, akupresure, akupuntur, chiroprak.or.
2. Pengobatan tradisional (alternatif) ramuan, pengobatar tradisional (alternatif) ramuan lebih di kenal dengan jamu dan herbal. Pengobatan tradisional (alternatif) ramuan meliputi gurah, tabib, sinse, homoeopati, aromaterapi.
3. Pengobatan tradisional (alternatif) pendekatan agama. pengobatan tradisional (alternatif) ini dengan menggunakan pendekatan agama seperti Islam, Kristen, Katolik, Hindu, Budha, dan agama-agama yang lainnya.
4. Pengobatan tradisional (alternatif) supranatural, meliputi tenaga dalam (prana), paranormal, reiki master, qigong, dukun kebatinan.

B. KLASIFIKASI DAN JENIS PENGOBATAN TRADISIONAL

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1076 Tahun 2003 tentang Penyelenggaraan Pengobatan tradisional, klasifikasi dan jenis pengobatan tradisional yaitu:

1. Battra Ketrampilan adalah seseorang yang melakukan pengobatan dan/atau perawatan tradisional berdasarkan ketrampilan fisik dengan menggunakan anggota gerak dan/atau alat bantu lain, antara lain:
 - a. Battra pijat urut adalah seseorang yang melakukan pelayanan pengobatan dan/atau perawatan dengan cara mengurut/memijat bagian atau seluruh tubuh. Tujuannya untuk penyegaran relaksasi otot hilangkan capai, juga untuk mengatasi gangguan kesehatan atau menyembuhkan suatu keluhan atau penyakit. Pemijatan ini dapat dilakukan dengan menggunakan jari tangan, telapak tangan, siku, lutut, tumit atau dibantu alat tertentu antara lain pijat yang dilakukan oleh dukun/tukang pijat, pijat tunanetra, dsb.
 - b. Battra patah tulang adalah seseorang yang memberikan pelayanan pengobatan dan/atau perawatan patah tulang dengan cara tradisional. Disebut Dukun Potong (Madura), Sangkal Putung (Jawa), Sandro Pauru (Sulawesi Selatan).
 - c. Battra sunat adalah seseorang yang memberikan pelayanan sunat (sirkumsisi) secara tradisional. Battra sunat menggunakan istilah berbeda seperti Bong Supit (Yogyakarta), Bengkong (Jawa Barat). Asal ketrampilan umumnya diperoleh secara turun temurun.
 - d. Battra dukun bayi adalah seseorang yang memberikan pertolongan persalinan ibu sekaligus memberikan perawatan kepada bayi dan ibu sesudah melahirkan selama 40 hari. Jawa Barat disebut Paraji, dukun Rembi (Madura), Balian Manak (Bali), Sandro Pammana (Sulawesi Selatan), Sandro Bersalin (Sulawesi Tengah), Suhu Batui di Aceh.
 - e. Battra pijat refleksi adalah seseorang yang melakukan pelayanan pengobatan dengan cara pijat dengan jari tangan atau alat bantu lainnya pada zona-zona refleksi terutama pada telapak kaki dan/atau tangan.
 - f. Akupresuris adalah seseorang yang melakukan pelayanan pengobatan dengan pemijatan pada titik-titik akupunktur dengan menggunakan ujung jari dan/atau alat bantu lainnya kecuali jarum.
 - g. Akupunkturis adalah seseorang yang melakukan pelayanan pengobatan dengan perangsangan pada titik-titik akupunktur dengan cara menusukkan jarum dan sarana lain seperti elektro akupunktur.

- h. *Chiropractor* adalah seseorang yang melakukan pengobatan kiropraksi (*Chiropractie*) dengan cara teknik khusus untuk gangguan otot dan persendian.
- i. Battra lainnya yang metodenya sejenis.
2. Battra Ramuan adalah seseorang yang melakukan pengobatan dan/atau perawatan tradisional dengan menggunakan obat / ramuan tradisional yang berasal dari tanaman (flora), fauna, bahan mineral, air, dan bahan alam lain, antara lain :
- a. Battra ramuan Indonesia (jamu) adalah seseorang yang memberikan pelayanan pengobatan dan atau perawatan dengan menggunakan ramuan obat dari tumbuh-tumbuhan , hewan, mineral dll baik diramu sendiri, maupun obat jadi tradisional Indonesia.
- b. Battra guruh adalah seseorang yang memberikan pelayanan pengobatan dengan cara memberikan ramuan tetesan hidung, yang berasal dari larutan kulit pohon sengguguh dengan tujuan mengobati gangguan saluran pernafasan atas seperti pilek, sinusitis,dll.
- c. Shinshe adalah seseorang yang memberikan pelayanan pengobatan dan/atau perawatan dengan menggunakan ramuan obat-obatan tradisional Cina. Falsafah yang mendasari cara pengobatan ini adalah ajaran "Tao (Taoisme)" di mana dasar pemikirannya adalah adanya keseimbangan antara unsur Yin dan unsur Yang.
- d. Tabib adalah seseorang yang memberikan pelayanan pengobatan dengan ramuan obat tradisional yang berasal dari bahan alamiah yang biasanya dilakukan oleh orang-orang India atau Pakistan.
- e. Homoeopath adalah seseorang yang memiliki cara pengobatan dengan menggunakan obat atau ramuan dengan dosis minimal (kecil) tetapi mempunyai potensi penyembuhan tinggi, dengan menggunakan pendekatan holistik berdasarkan keseimbangan antara fisik, mental, jiwa dan emosi penderita.
- f. Aromatherapist adalah seseorang yang memberikan perawatan dengan menggunakan rangsangan aroma yang dihasilkan oleh sari minyak murni (*essential oils*) yang didapat dari sari tumbuh-tumbuhan (ekstraksi dari bunga, buah, daun, biji, kulit, batang/ranting akar, getah) untuk menyeimbangkan fisik, pikiran dan perasaan.
- g. Battra lainnya yang metodenya sejenis.
pengobatan dan/atau perawatan tradisional dengan menggunakan pendekatan agama Islam, Kristen, Katolik, Hindu atau Budha.

4. *Batrasupranatural* adalah seseorang yang melakukan pengobatan dan/atau perawatan tradisional dengan menggunakan tenaga dalam, meditasi, olah pernapasan, indera keenam (pewaskita), kebatinan antara lain:
- a. Tenaga dalam (prana) adalah seseorang yang memberikan pelayanan pengobatan dengan menggunakan kekuatan tenaga dalam (bio energi, inner power) antara lain Satria Nusantara, Merpati Putih, Sinlamba, Padma Bakti, Kalimasada, Anugrah Agung, Yoga, Sinar Putih, Sinar Pedrak, Bakti Nusantara, Wahyu Sejati dan sebagainya.
 - b. *Batra paranormal* adalah seseorang yang memberikan pelayanan pengobatan dengan menggunakan kemampuan indera ke enam (pewaskita).
 - c. *Reiky master* (Tibet, Jepang) adalah seseorang yang memberikan pelayanan pengobatan dengan menyalurkan, memberikan energi (tenaga dalam) baik langsung maupun tidak langsung (jarak jauh) kepada penderita dengan konsep dari Jepang.
 - d. *Qigong* (Cina) adalah seseorang yang memberikan pelayanan pengobatan dengan cara menyalurkan energi tenaga dalam yang berdasarkan konsep pengobatan tradisional Cina.
 - e. *Batra kebatinan* adalah seseorang yang memberikan pelayanan pengobatan dengan menggunakan kebatinan untuk menyembuhkan penyakit. *Batra* lainnya yang metodenya sejenis.

Selain itu, *National Institute of health* (NIH), juga mengelompokkannya menjadi lima kategori sesuai bidang cakupannya, satu diantaranya adalah terapi alternatif pengganti (*Alternative medical system*) dengan sistem pengobatan lengkap yang tidak diberikan oleh dokter, sedangkan empat kelompok lainnya adalah teknik-teknik penyembuhan yang terdapat pada pengobatan tradisional I yang dapat di pakai sebagai terapi pendamping bersama terapi utama yang di lakukan oleh dokter.

1. *Alternative medical system*, mempunyai sistem lengkap yang berbeda dengan sistem pengobatan konvensional sehingga dapat menjadi alternatif pengganti, misalnya yang berkembang dari budaya Barat adalah *Homeopathic, Medicie dan naturopathic*, sedangkan yang berasal dari budaya Timur adalah Pengobatan Tradisional China dan Ayurvedan sementara itu pengobatan yang sudah menjadi bagian dari pengobatan konvensional contohnya : *Aromatherapy* (Homeopat), diet (Naturopaty), Akupuntur, Herbal
2. *Mind body intervention*, memperkuat fungsi dan reaksi tubuh dengan pendayagunaan pikiran, misalnya mental healing, hipnotis, sugesti, dll

3. *Biological-based therapy*, menggunakan bahan alami misalnya: produk herbal.
4. *Manipulative and Body-based Methods*, merangsang atau menggerakkan anggota tubuh untuk mengembalikan fungsinya yang normal misalnya: pijat, yoga, pilates, latihan pernafasan
5. *Energy Theraphis*, mendayagunakan sumber energi untuk memperbaiki fungsi sistem tubuh yaitu akupuntur, accupresure, reiki

C. OBAT TRADISIONAL

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan bahwa obat tradisional adalah bahan atau ramuan bahan yang berupa bahan tumbuhan, bahan hewan, bahan mineral, sediaan sarian atau campuran bahan tersebut yang secara turun temurun telah di gunakan untuk pengobatan berdasarkan pengalaman serta dapat di terapkan sesuai dengan norma yang berlaku di masyarakat. Obat tradisional sering dipakai untuk pengobatan penyakit yang belum ada obatnya atau pada keadaan mendesak dimana obat jadi tidak tersedia atau karena tidak terjangkau oleh daya beli masyarakat.

Obat tradisional dapat dikelompokkan menjadi 3 (tiga) yaitu jamu, obat ekstrak alam, dan fitofarmaka

a. Jamu

Jamu adalah obat tradisional yang berasal dari bahan tumbuhan, hewan dan mineral atau campuran dad bahan-bahan itu yang belum dibakukan dan dipergunakan dalam upaya pengobatan berdasarkan pengalaman.

b. Ekstrak alam

Ekstrak alam adalah obat tradisional yang disajikan dari ekstrak atau penyarian bahan alam yang dapat berupa tanaman obat, binatang, maupun mineral, untuk melaksanakan proses dan membutuhkan tenaga yang mendukung dengan pengetahuan dan keterampilan pembuatan ekstrak, selain proses produksi dengan teknologi maju, jenis ini pada umumnya telah ditunjang dengan pembuktian ilmiah berupa penelitian penelitian pra-klinik seperti standar kandungan bahan berkhasiat, standar pembuatan ekstrak tanaman obat, standar pembuatan obat tradisional yang higienis, dan uji toksisitas akut maupun kronis.

c. Fitomarmaka

Fitofarmaka adalah sediaan obat yang telah dibuktikan keamanannya dan khasiatnya, bahan bakunya terdiri dari simplisia atau sediaan galenik yang telah memenuhi persyaratan yang berlaku. Fitomarmakan merupakan bentuk obat tradisional yang dapat disejajarkan dengan obat modern karena proses pembuatannya yang telah terstandar ditunjang dengan bukti ilmiah sampai dengan uji klinik pada manusia.

D. ASPEK HUKUM PENYELENGGARAAN PENGOBATAN TRADISIONAL

Menurut Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, pelayanan kesehatan tradisional adalah pengobatan dan/atau perawatan dengan cara dan obat yang mengacu pada pengalaman dan keterampilan turun temurun secara empiris yang dapat dipertanggungjawabkan dan diterapkan sesuai dengan norma yang berlaku di masyarakat. Hal ini berarti penyelenggaraan pengobatan tradisional merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari penyelenggaraan pelayanan kesehatan nasional.

Di dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, dijelaskan bahwa pelayanan kesehatan tradisional termasuk salah satu di dalam penyelenggaraan upaya kesehatan. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan tradisional ini dibina dan diawasi oleh pemerintah agar dapat dipertanggungjawabkan manfaat dan keamanannya serta tidak bertentangan dengan norma agama. Masyarakat diberi kesempatan yang seluas-luasnya untuk mengembangkan, meningkatkan dan menggunakan pelayanan kesehatan tradisional yang dapat dipertanggungjawabkan manfaat dan keamanannya.

Izin Penyelenggaraan Pengobatan Tradisional

Izin pengobatan tradisional adalah pemberian izin kepada orang pribadi atau badan yang mendirikan dan atau menyelenggarakan sarana pelayanan kesehatan di bidang izin pengobatan tradisional. Setiap orang yang menyelenggarakan pengobatan tradisional wajib memiliki izin. Hal ini sesuai dengan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan pasal 60 yang menyatakan bahwa "setiap orang yang melakukan pelayanan kesehatan tradisional yang menggunakan alat dan teknologi harus mendapat izin dari lembaga kesehatan yang berwenang".

Selain itu perizinan pengobatan ini diatur oleh Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1706 Tahun 2003 Tentang Penyelenggaraan Pengobatan Tradisional. Pasal 4 menyatakan Semua

pengobat tradisional yang menjalankan pekerjaan pengobatan tradisional wajib mendaftarkan diri kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat untuk memperoleh Surat Terdaftar Pengobat Tradisional (SIPT). Lebih lanjut Pasal 9 menyatakan pengobat tradisional yang metodenya telah memenuhi persyaratan penapisan, pengkajian, penelitian dan pengujian serta terbukti aman dan bermanfaat bagi kesehatan dapat diberikan Surat Izin Pengobat Tradisional (SIPT) oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat.

Untuk mendapatkan SIPT diperlukan beberapa persyaratan antara lain:

- a. Biodata pengobat tradisional sebagaimana contoh Formulir B
- b. Fotokopi KTP
- c. Surat keterangan Kepala Desa/Lurah tempat melakukan pekerjaan sebagai pengobat tradisional
- d. Peta lokasi usaha dan denah ruangan
- e. Rekomendasi dari asosiasi/organisasi profesi di bidang pengobatan tradisional yang bersangkutan
- f. Fotokopi sertifikat/ijazah pengobatan tradisional
- g. Surat pengantar Puskesmas setempat
- h. Pas foto ukuran 4x6 cm sebanyak 2 dua) lembar.

Dalam menyelenggarakan praktik pengobatan tradisional, maka setiap pengobat tradisional wajib menyediakan:

- a. Ruang kerja dengan ukuran minimal 2 x 2,5 m
- b. Ruang tunggu
- c. Papan nama pengobat tradisional dengan mencantumkan surat terdaftar/ surat ijin pengobat tradisional, serta luas maksimal papan 1 x 1,5 m
- d. Kamar kecil yang terpisah dari ruang pengobatan
- e. Penerangan yang baik sehingga dapat membedakan warna dengan jelas
- f. Sarana dan prasarana yang memenuhi persyaratan higiene dan sanitasi
- g. Ramuan/obat tradisional yang memenuhi persyaratan
- h. Pencatatan sesuai kebutuhan

Dalam hal pelaksanaan praktik pengobatan tradisional, Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dalam hal ini kepala dinas kesehatan berhak memberikan sanksi administratif berupa:

- a. teguran lisan ;
- b. teguran tertulis ;
- c. pencabutan STPT atau SIPT ;
- d. penghentian sementara kegiatan ;
- e. larangan melakukan pekerjaan sebagai pengobat tradisional

BAB 14

ASPEK HUKUM REPRODUKSI MANUSIA

A. BAYI TABUNG

Bereproduksi merupakan salah satu hak asasi manusia yang paling awal. Sejak zaman pembentukan manusia, manusia sudah melakukan kegiatan reproduksi. Salah satu yang paling kontroversial adalah teknik reproduksi buatan. Meskipun pelaksanaannya sudah berjalan sekitar 2-3 dekade ini, namun kontroversi di dalamnya masih terjadi sampai hari ini. Beberapa nilai yang masih perlu mendapat kajian khusus adalah aspek ilmu pengetahuan, etika dan moral, serta hukum.

Teknik reproduksi buatan adalah penanganan terhadap sel gamet (ovum, sperma) serta hasil konsepsi (embrio) sebagai upaya untuk mendapatkan kehamilan di luar cara-cara alami, tidak termasuk kloning atau duplikasi manusia.

Fertilisasi *in vitro* atau umumnya disebut bayi tabung adalah proses fertilisasi dengan mempertemukan sel telur dan sperma secara manual di dalam cawan laboratorium (*American Pregnancy Association*). Apabila proses ini berhasil maka akan dilanjutkan dengan proses lain yaitu pemindahan embrio yang bertujuan menempatkan embrio di dalam uterus.

In vitro fertilisasi (IVF) merupakan program untuk menghasilkan keturunan bagi pasangan yang mengalami infertilitas. Pada hakekatnya program IVF bertujuan untuk membantu pasangan suami istri yang tidak mampu melahirkan keturunan secara alami. Infertilitas merupakan ketidakmampuan bagi pasangan suami istri untuk mendapatkan keturunan setelah satu tahun. Infertilitas mengenai lebih dari 10 % dari semua pasangan di seluruh dunia. IVF merupakan suatu proses dimana sel telur dibuahi oleh spermata diluar tubuh. IVF merupakan prosedur dimana ovarium wanita dirangsang dengan obat untuk menghasilkan beberapa telur pada satu waktu, sehingga telur dapat diambil dengan menggunakan jarum aspirasi dan dibuahi di laboratorium.

Proses teknologi bayi tabung pertama kali dilakukan oleh Dr. P C. Steptoe dan Dr. R. G. Edwards atas pasangan suami istri Jhon Brown dan Leslie, sperma dan ovum yang digunakan berasal dari pasangan suami istri, kemudian embrionya ditransplantasikan ke dalam rahim istrinya, sehingga pada tanggal 25 Juli 1978 lahirlah bayi tabung yang pertama yang bernama Louise Brown di Oldham Inggris yang berat badan 2.700 gr. Setelah berhasil Dr. Pic. Steptoe,

dan Dr. R.G. Edwards maka berturut-turut lahirlah bayi tabung ke-2 yang bernama Candice Reid di Australia pada tahun 1980, yang ke-3 bernama Elizabet Can di Amerika pada bulan Desember 1981.

Di Indonesia sendiri sebagai negara berkembang juga telah mampu mengembangkan program bayi tabung dan mengalami sukses yang luar biasa, yaitu dengan lahirnya bayi tabung pertama yang bernama Nugroho Karyanto, pada tanggal 2 Mei 1988 dari pasangan suami istri Tn. Markus dan Ny. Chai Ai Lian. Bayi tabung kedua lahir pada tanggal 6 Maret 1988 bernama stefanus Geovani dari pasangan suami istri Dr. Jani Dipokusumo dan Ny. Angela, bayi tabung ke-3 lahir pada tanggal 22 Januari 1989 bernama Dracide Chandra, bayi tabung ke-4 lahir pada tanggal 27 Maret 1989 kembar 3 dari pasangan suami istri Tn. Wijaya dan ke-3 bayi ini oleh ibu Tien Soeharto diberi nama Melati-Suci-Lestari, bayi tabung ke-5 lahir tanggal 30 Juli 1989 bernama Azwar Abimoto yang lahir pada tanggal 15 Februari 1990 pemindahan embrio adalah pasangan suami istri yang memenuhi syarat-syarat sebagai berikut:

a. Pengelolaan infertilitas telah dilakukan secara lengkap

Pengelolaan infertilitas adalah merupakan suatu usaha dari dokter untuk mengetahui faktor penyebab infertilitas dari pasangan suami istri, yang memakan waktu kira-kira 6 (enam) siklus haid atau 6 (enam) bulan. Di samping tujuan tersebut, maka pengelolaan infertilitas juga bertujuan untuk membina hubungan yang baik antara dokter dan pasangan suami istri (pasien) untuk pengelolaan selanjutnya. Pemeriksaan infertilitas harus dilakukan pada saat tertentu dalam siklus haid istri, dan sering kali dapat dilakukan bersamaan dengan pemeriksaan lainnya. Pemeriksaan infertilitas terhadap suami biasanya mudah, tidak nyeri dan tidak lama, tetapi pemeriksaan terhadap istri biasanya sukar, nyeri dan lama.

b. Terdapat alasan yang sangat jelas

Setiap pasangan suami istri yang mengikuti program bayi tabung adalah ingin mendapatkan anak, karena tanpa anak, maka kehidupan dalam rumah tangga itu akan menimbulkan ketidak tenangan, walaupun kebutuhan materil terpenuhi semuanya. Nilai seorang anak tidak dapat dinilai/diukur dengan materi semata-mata, tetapi nilai seorang anak terletak pada kepuasan batin dari pasangan suami istri, disamping itu, maka seorang anak nantinya diharapkan sebagai seorang anak nantinya diharapkan seorang anak yang dapat melanjutkan dan mengembangkan keturunan dari suatu keluarga.

c. Sehat jiwa raga

Pasangan suami istri yang dapat mengikuti bayi tabung adalah pasangan suami istri yang sehat jiwa dan raga, karena tanpa kesehatan yang memadai, maka tidaklah mungkin pasangan suami istri dapat mengikuti semua harapan-harapan yang disyaratkan dalam pemeriksaan infertilitas dan pengambilan sperma dan sel telur. Persyaratan sehat jiwa dan raga selain untuk kepentingan medis, juga merupakan syarat di dalam membuat suatu perjanjian antara dokter dengan pasangan suami istri. Pada hakekatnya perjanjian tersebut dimaksudkan supaya pasangan suami istri (pasien) tidak akan menuntut tim medis apabila pelaksanaan dari program bayi tabung tidak berhasil.

d. Mampu Membiayai Program fertilisasi in Vitro dan Pemindahan Embrio (bayi tabung) dan Biaya Persalinan

Mayoritas pasangan yang mengikuti program bayi tabung adalah pasangan dari ekonomi kelas menengah sampai ke atas. Hal ini memang biaya yang dikeluarkan untuk mengikuti program bayi tabung sangat mahal. Pada tahun 2011, program bayi tabung di salah satu rumah sakit mencapai diatas 70 juta. Sebenarnya banyak pasangan yang infertil di kalangan ekonomi lemah ingin mengikuti program bayi tabung, tetapi mereka terbentur persoalan finansial.

e. Mengerti secara Umum Seluk Beluk Fertilisasi in Vitro dan Pemindahan Embrio (Bayi Tabung)

Pada kunjungan pertama kepada pasangan suami istri yang ingin memperoleh anak melalui bayi tabung diminta untuk membeli sebuah buku petunjuk bagi pasien. Tujuan pembelian buku tersebut adalah diharapkan kepada pasangan suami istri untuk mempelajari buku penuntun itu secara mandiri, disamping pasangan suami istri mendapat informasi dari dokter yang menangani. Sebelum pasangan suami istri mengikuti pembuahan dan pemindahan, maka terlebih dahulu mereka didiagnosis tentang faktor-faktor penyebab kemandulannya. Sehingga pada saat dilakukan pembuahan dan pemindahan embrio, mereka diharapkan sudah mengerti seluk beluk tentang bayi tabung.

f. Pasangan yang mampu memberikan Informed consent

g. Umur istri kurang dari 38 tahun

Faktor umur mempunyai peranan yang sangat penting dan perlu dipertimbangkan dalam mengikuti program bayi tabung. Diisyaratkan umur istri kurang dari 38 tahun dimaksudkan

bahwa umur tersebut tingkat keberhasilan untuk hamil cukup tinggi, jika dibandingkan dengan istri yang berumur diatas 38 tahun.

Didalam dunia medis telah didibagi-bagi tentang sama kesuburan seorang wanita. Seorang wanita yang berumur antara 20-24 tahun dikatakan paling subur. Usia 24 tahun merupakan usia dengan kesuburan paling tinggi. Dalam usia 25 tahun sampai 30 tahun semakin menurun dan merosot pada usia 30 tahun ke atas. Mulai usia 45 tahun keatas kesempatan untuk hamil semakin tipis.

Sedangkan antara laki-laki dan wanita terdapat suatu perbedaan dalam hal kesuburan. Kalau pada wanita usia 45 tahun ke atas tingkat kesuburannya berkurang, maka pada laki-laki mempunyai kesuburan selama hidupnya. Kemampuan untuk ereksi serta kemunduran kesehatan sperma akan berlangsung hingga kira-kira usia 70 tahun ke atas, sehingga bagi pria tidak ada istilah terlalu tua.

Aspek Etik Bayi Tabung

Teknik reproduksi buatan mendapat kritik yang menarik dari segi etika dan moral. Inggris merupakan negara yang pertama kali membuat kebijakan etika dan moral berkaitan dengan kontroversi reproduksi buatan. *The International Islamic Center for Population Studies and Research* menyelenggarakan lokakarya pada bulan November 2000 dihadiri oleh negara-negara Islam di dunia. Kesepakatan yang dihasilkan dari lokakarya tersebut, antara lain:

1. IVF diperbolehkan kecuali mengambil ovum, sperma, atau ernbrio dari donor
2. *pre-implantation genetic diagnosis* diperbolehkan dengan tujuan mendiagnosis penyakit keturunan dan anomali genetik, kecuali melihat jenis kelamin
4. penelitian untuk melihat pematangan folikel, pematangan oosit *in vitro*, dan pertumbuhan oosit *in vitro* diperbolehkan implantasi embrio dari suami yang sudah meninggal belum memiliki keputusan tetap IVF pada ibu pasca-menopause dilarang karena berisiko terhadap kesehatan ibu dan anak
5. transplantasi uterus masih kontroversial, penelitian pada binatang diperbolehkan
6. penggunaan sel punca untuk pengobatan diperdebatkan, diusulkan untuk diperbolehkan kloning untuk tujuan reproduksi dan duplikasi manusia dilarang.

Aspek Hukum Bayi Tabung

Di Indonesia hukum dan perundangan yang mengatur tentang teknik reproduksi buatan diatur dalam:

1. Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 Pasal 127 ayat (1) yang menyatakan bahwa upaya kehamilan diluar cara alamia hanya dapat dilakukan oleh pasangan suami istri yang sah dengan ketentuan:
 - a. Hasil pembuahan sperma dan ovum dari suami istri yang bersangkutan ditanamkan dalam rahim istri dimana ovum itu berasal.
 - b. Dilakukan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai keahlian dan wewenang untuk itu; dan
 - c. Pada fasilitas pelayanan kesehatan tertentu.
2. Keputusan Menteri Kesehatan No. 72/Menkes/II/1999 tentang Penyelenggaraan teknologi reproduksi Buatan, yang berisikan tentang: Ketentuan umum, perizinan, Pembinaan dan Pengawasan, Ketentuan Peralihan, dan Ketentuan Penutup.

Selanjutnya, atas Keputusan Menkes RI tersebut diatas, dibuat pedoman Pelayanan Bayi Tabung di Rumah Sakit, oleh Direktorat Rumah Sakit Khusus dan Swasta, Departemen RI yang menyatakan bahwa:

- a. Pelayanan teknologi Buatan hanya dapat dilakukan dengan sel telur dan sperma suami-istri yang bersangkutan.
- Pelayanan reproduksi buatan merupakan bagian dari pelayanan infertilitas, sehingga kerangka pelayanannya merupakan bagian dari pengelolaan pelayanan infertilitas secara keseluruhan.
- c. Embrio yang dapat dipindahkan satu waktu ke dalam rahim tidak boleh lebih dari tiga, boleh dipindahkan empat embrio dalam keadaan:
 - 1) Rumah sakit memiliki 3 tingkat perawatan insentif bayi baru lahir.
 - 2) Pasangan suami-istri sebelumnya sudah mengalami sekurang-kurangnya dua kali prosedur teknologi reproduksi yang gagal, atau
 - 3) Istri berumur lebih dari 35 tahun
 - d. Dilarang melakukan surogasi dalam bentuk apapun.

- e. Dilarang menjualbelikan embrio, ovum, dan spermatozoa.
- f. Dilarang menghasilkan embrio manusia semata-mata untuk penelitian. penelitian atau sejenisnya terhadap embrio manusia hanya dilakukan kalau tujuan penelitiannya telah dirumuskan dengan sangat jelas.
- g. Dilarang melakukan penelitian terhadap atau dengan menggunakan embrio manusia yang berumur lebih dari 14 hari setelah fertilisasi.
- h. Sel telur manusia yang dibuahi dengan spermatozoa manusia tidak boleh dibiak in-vitro lebih dari 14 hari (tidak termasuk penyimpanan dalam suhu yang sangat rendah/simpan beku).
- i. Dilarang melakukan penelitian atau eksperimen terhadap atau dengan menggunakan embrio, ovum, dan atau spermatozoa manusia tanpa izin khusus dari siapa sel telur atau spermatozoa itu diperoleh.
- j. Dilarang melakukan fertilisasi trans-spesies kecuali apabila fertilisasi trans-spesies itu diakui sebagai cara untuk mengatasi atau mendiagnosis infertilitas pada manusia. Setiap hybrid yang terjadi akibat fertilisasi trans-spesies harus segera diakhiri pertumbuhannya pada tahap dua sel.

Berdasarkan Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 Pasal 127 ayat (1) dan Keputusan Menteri Kesehatan No 72/Menkes/I1/1999 tersebut, pengaturan bayi tabung cukup jelas. Bahwasannya bayi tabung diperbolehkan dengan syarat sperma dan ovum harus berasal dari pasangan suami-istri yang terikat oleh perkawinan yang sah, dan kemudian hasil fertilisasi in vitro tersebut harus ditanamkan pada istri dimana ovum tersebut berasal. Hukum di Indonesia, juga jelas mengatur bahwa baik donor sperma maupun ovum dan *surrogate mother* tidak diperbolehkan.

Permasalahan hukum selanjutnya dari proses bayi tabung yaitu mengenai kedudukan anak. Bayi tabung yang berasal dari sperma dan ovum dari suami-istri yang sah, kemudian embrionya ditranplantasikan ke dalam rahim istri dimana ovum tersebut berasal, maka dapat disimpulkan:

- a. Anak tersebut secara biologis anak dari pasangan suami-istri.
- b. Yang melahirkan anak tersebut adalah istri dari suami
- c. Orang tua anak itu terikat dalam perkawinan yang sah.

Di dalam pasal 250 KUH Perdata diatur tentang pengertian anak sah. Anak sah adalah tiap-tiap anak yang dilahirkan atau ditumbuhkan sepanjang perkawinan, memperoleh si suami sebagai bapaknya. Selanjutnya, dalam Pasal 42 Undang-Undang Nomor 1 Tahun 1974 disebutkan bahwa anak sah adalah anak yang dilahirkan dalam atau sebagai akibat dari perkawinan yang sah.

Dengan demikian dapat dikatakan bahwa anak yang dilahirkan melalui teknik bayi tabung yang menggunakan sperma dan ovum dari suami istri kemudian embrionya ditransplantasikan ke dalam rahim istri secara hukum dapat dikatakan sebagai anak sah. Oleh karena anak itu dilahirkan dalam perkawinan yang sah, sperma dan ovum dari pasangan suami istri, serta yang mengandung dan melahirkan adalah istri dari suami, sedangkan intervensi teknologi adalah semata-mata untuk membantu proses pembuahan saja. Dan pembuahannya terjadi dalam laboratorium, proses selanjutnya tetap berada dalam rahim istri.

Sedangkan status anak hasil bayi tabung yang berasal dari sperma atau ovum donor pada beberapa jurnal masih menjadi perdebatan. Syafridatati (2008), dalam jurnalnya menyatakan bahwa sesuai dengan Pasal 285 KUH Perdata yang berbunyi, "Pengakuan yang dilakukan sepanjang perkawinan oleh suami istri atas kebahagiaan anak luar kawin, yang sebelum kawin olehnya diperbuahkan dengan seorang lain dari pada suami atau istri itu, maupun anak-anak yang dilahirkan dari perkawinan mereka. Dengan demikian dapatlah disimpulkan bahwa kedudukan yuridis anak yang dilahirkan melalui teknik bayi tabung yang menggunakan sperma donor dengan adanya izin dari suami, adalah sebagai anak sah melalui pengakuan.

Perdebatan tentang status anak juga terjadi pada surrogate mother. Munculnya ide surrogate mother disebabkan karena istri tidak dapat mengandung karena kelainan atau kerusakan pada rahimnya. Penelitian Syafridatati (2008), menyatakan kedudukan hak anak yang dilahirkan melalui proses bayi tabung yang menggunakan sperma dan ovum dari pasangan suami istri kemudian embrionya ditransplantasikan ke dalam rahim surrogate mother adalah sebagai anak angkat. Oleh karena itu secara yuridis anak itu adalah anak ibu pengganti dengan suaminya, sedangkan secara genetik anak itu adalah anak pasangan suami istri yang mempunyai embrionya.

Sementara itu, penelitian yang dilakukan oleh Pamungkas (2002) menyatakan bahwa surrogate mother menggunakan hukum perjanjian yang diatur dalam KUH Perdata, dimana tiap individu memiliki kebebasan untuk membuat perjanjian. Namun demikian, Pamungkas (2002) juga memaparkan, bahwa Inggris melalui Komisi Warnock tidak menyetujui perjanjian sewa-menyewa rahim, dengan membuat rekomendasi yang berbunyi "Sewa menyewa rahim tidak

sah karena bagaimanapun harus diperhatikan tentang perlindungan ibu pengganti dan orang tua genetis dari eksploitasi dan menghindarkan akibat-akibat yang tidak manusiawi terhadap komersialisasi kehamilan pengganti".

Kembali pada Undang – Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 pasal 127 ayat (1) dan Keputusan Menteri Kesehatan No.72 Menkes/II/1999, maka tindakan bayi tabung yang menggunakan sperma atau ovum donor dan menanamkan hasil konsepsi pada rahim dimana bukan berasal dari ovum tersebut atau yang dikenal dengan surrogate mother adalah tindakan yang melawan undang – undang. Oleh karena itu, termasuk anak hasil bayi tabung dari sperma atau ovum donor dan anak hasil surrogate mother.

B. REPRODUKSI KLONING

Kloning berasal dari bahasa Inggris yaitu *cloning*. Beberapa pendapat yang lain mengatakan bahwa *cloning* berasal dari bahasa Yunani yaitu dari kata *klon* yang berarti tangkai. *Klon* sebagai kata benda berarti suatu individu yang dihasilkan secara *aseksual*, suatu individu yang berasal dari sel somatik tunggal orang tuanya dan secara genetik identik. Klon dalam kata kerja adalah suatu populasi sel atau organisme yang terbentuk dari pembelahan yang berulang (*aseksual*) dari satu sel atau organisme. Kloning adalah teknik membuat keturunan dengan kode genetik yang sama dengan induknya pada makhluk hidup tertentu baik berupa tumbuhan, hewan maupun manusia. Kloning manusia merupakan teknik membuat keturunan dengan kode genetik yang sama dengan induknya yang berupa manusia. Kloning merupakan pembuatan manusia dengan genetik yang identik.

Setiap kloning manusia memerlukan sel somatik dan tetap memerlukan sel telur (*oosit*). Sel somatik adalah semua sel, selain sel reproduksi. Dalam setiap sel, *membrane* sel, *nucleus*. Dinding sel berfungsi untuk melindungi dan menguatkan sel. *Membrane* sel sebagai pengatur peredaran zat dari dan ke dalam sel. *Nucleus* adalah pengatur segala seluruh kegiatan hidup dari sel, termasuk proses perkembangbiakan. Inti sel ini yang diperlukan dalam kloning.

Ada dua jenis kloning yaitu kloning terapeutik dan kloning reproduksi. Kloning terapeutik melibatkan sel – sel kloning dari orang dewasa untuk digunakan dalam kedokteran dan merupakan bidang penelitian aktif. Kloning reproduksi akan melibatkan pembuatan manusia dengan genetik yang identik.

Sejarah Cloning Manusia

Penelitian tentang *cloning* telah dimulai pada tahun 1970 – an dan beberapa dekade selanjutnya penelitian tentang *cloning* mengalami perkembangan yang begitu pesat. Domba dolly merupakan hewan mamalia pertama yang dihasilkan dengan teknik cloning dengan menggunakan sel dewasa. Pada tahun 1996, Ian Wilmut dan rekan – rekannya dari Roslin Institute telah berhasil melakukan teknik reproduksi cloning yang menghasilkan domba dolly. Dolly berasal dari sel kelenjar mammae (payudara) yang diambil intinya kemudian dimasukkan dalam ovum yang intinya sudah dibuang terlebih dahulu. Tahap selanjutnya yaitu ovum yang intinya sudah diganti dengan inti dari sel kelenjar mammae tadi, diberi kejutan listrik untuk memulai proses pertumbuhan menjadi embrio. Setelah terjadi proses pembelahan sel yang dianggap cukup yaitu mencapai blastokis, embrio ditanamkan kembali kedalam rahim biri – biri betina (*surrogate mother*), dimana embrio itu tumbuh dan kemudian lahir. Domba dolly hanya berumur sampai 6 tahun, pada tahun 2003 domba dolly mati dikarenakan penyakit paru – paru.

Dari berhasilnya kloning pada hewan mulailah percobaan pada manusia. Clonaid perusahaan bioteknologi di Bahama, yang sukses menghasilkan manusia kloning pertama di dunia tanggal 26 Desember 2002. Bayi berberat sekitar 3.500 gram berjenis kelamin perempuan yang diberi sebutan Eve itu, kini dalam kondisi sehat. Bayi itu merupakan kloning dari seorang wanita Amerika Serikat (AS) berusia 31 tahun yang pasangannya infertile. 9 kelahiran bayi kloning kedua ialah dari perempuan lesbian Belanda keesokan harinya sabtu 4 Januari 2003. Kelompok yang menanamkan diri dengan Raelians ini mengaku mempunyai pengikut sekitar 55000 orang di seluruh dunia. 10 Sekte ini juga mengkalirr. pada tanggal 23 Januari 2003 telah melahirkan seorang bayi kloning yang dilahirkar di Jepang.

Tim ilmuwan dari AS mengklaim telah berhasil memanfaatkan teknik kloning untuk membuat lima embrio manusia. Dari kelima embrio, tiga di antaranya dipastikan kloning dari dua orang pria. Terobosan ini berhasil dilakukan Stemagen Corp di La Jolla, California menggunakan teknik yang disebut SCNT (*Somatic Cell Nuclear Transfer*). Inti sel telur diambil kemudian diisi inti sel somatik, dalam hal ini digunakan sel kulit. Teknik seperti ini dipakai Ian Wilmut dan kawan-kawan untuk membuat Dolly, domba kloning pertama. Sel telur yang telah diisi inti sel somatik tersebut dibudidayakan dalam lingkungan bernutrisi sampai tumbuh menjadi embrio. Setelah lima hari, terbentuk embrio yang tersusun dari kumpulan sekitar 150 sel.

Embrio-embrio tersebut tidak dimaksudkan untuk dikembangkan menjadi janin, melainkan sebagai sumber sel induk embrionik. Jenis sel induk yang terbentuk pada embrio tua yang akan berkembang menjadi janin ini sangat berguna karena dapat tumbuh menjadi tulang, daging, kulit, dan jaringan tubuh lainnya. Pada penelitian kali ini, para peneliti Stemagen belum mengekstrak sel induk embrionik dari embrio hasil kloning. Namun, mereka sudah berhasil membuktikan bahwa embrio tersebut merupakan hasil kloning karena memiliki DNA yang sama dengan pria yang menjadi donornya.

Pada tanggal 3 maret 2009, seorang dokter di Italia menyatakan dirinya sukses mengkloning tiga bayi yang kini hidup di Eropa. Ia bernama Severino Antinori, seorang dokter ginekolog. Kloning itu dilakukan pada dua bayi laki-laki dan seorang perempuan yang kini berusia sembilan tahun. Mereka lahir dengan sehat dan dalam kondisi kesehatan yang prima saat ini. Proses kloning dilakukan dengan cara sel telur dari ibu ketiga bayi dibuahi di laboratorium dengan metode yang diklaimnya sebagai *transfer nuklir*. Menurutnya, metode yang dilakukannya adalah pengembangan dari teknik yang pernah dilakukan terhadap pengkloningan domba Dolly pada 1996.

Teknik yang diterapkan grup Antinori identik dengan teknik kloning hewan. Menurut Panos Zavos, seorang profesor fisiologi reproduksi dari Universitas Kentucky Amerika Serikat, kloning manusia bertujuan membantu pasangan yang tak bisa memperoleh keturunan, dengan catatan pasangan itu tak hendak menginginkan anak biologis yang berasal dari sel telur atau sperma orang lain. Zavos menjamin, teknologi grupnya tak akan digunakan bagi individu yang ingin membuat kloning dirinya sendiri.

Zavos juga meyakinkan bahwa bayi hasil kloning akan dilahirkan dalam waktu paling lambat 24 bulan. Zavos sudah menetapkan biaya untuk setiap orang yang ingin mengkloning. Biaya yang ditetapkan 45.000 dollar AS hingga 75.000 dollar AS atau sekitar Rp 492,3 juta sampai Rp 820,5 juta (kurs Rp 10.940). Menurut pemaparannya, dunia harus siap menghadapi fakta teknologi kloning manusia yang sudah hadir. Oleh karena itu lebih baik menangani teknologi itu secara baik dan bertanggung jawab ketimbang menafikannya.

Rencana Zavos dan kawan-kawannya dikritik keras oleh Griffin, seorang ilmuwan yang berhasil mengkloning Dolly dan juga menjabat sebagai Asisten Direktur Roslin Institute di Skotlandia. Menurut Griffin, rencana itu justru tak bertanggung jawab. Sebab, banyak kasus hewan kloning meninggal dalam kandungan atau sesaat setelah lahir. Bila teknik itu tetap diterapkan

pada manusia, langkah itu selain menumbuhkan harapan palsu juga sangat berbahaya bagi ibu ataupun anak.

Dua minggu sebelumnya yaitu 23 April 2009, Dr Panayiotis Zavos bersama timnya telah berhasil memproduksi pengkloningan embrio tiga orang yang telah mati, termasuk seorang gadis berusia 10 tahun bernama Cady yang tewas dalam tabrakan mobil di AS. Sel darah Cady dibekukan dan dikirimkan kepada Zavos. Proses kloning itu direkam dalam sebuah video di sebuah laboratorium rahasia di Timur Tengah. Zavos mengakui mendapat tekanan berat saat akan membuat bayi kloning Cady. Sebab, dia tidak yakin bisa menghasilkan bayi kloning yang sehat.

Aspek Etika Cloning

Keberhasilan kloning dolly menimbulkan pro dan kontra. Banyak kalangan yang mempertanyakan etika dari reproduksi kloning. Direktur WHO Hiroshi Nakajima mengeluarkan pernyataan yang berbunyi "*WHO consider the use of cloning for the replication of the human individuals to be ethically unacceptable as it would violate some of the basic principles which govern medically assisted procreation. These include respect for the dignity of the human being and protection of the security of human genetic material*". WHO memberikan dua alasan penting penolakan kloning pada manusia, yaitu karena bertentangan dengan martabat dan integritas manusia, yang seharusnya memiliki ibu dan bapak biologis. Kloning pada manusia berarti mempermainkan kehidupannya, berdampak pada aspek politik, ekonomi, sosial, budaya, dan agama.

Selanjutnya, pada tahun 1990 dibentuk *Human Fertilisation and Embriology Authority* (HFEA) yang memiliki wewenang menjadi penasihat dan pengatur pelaksanaan reproduksi buatan di berbagai Negara. Salah satu kebijakan yang terkait dengan *cloning* yaitu HFEA melarang melakukan kloning untuk tujuan reproduksi manusia. Lebih lanjut *The International Islamic Center for Population Studies and Research* juga mengeluarkan kebijakan yang senada dengan HFEA. Salah satu rekomendasinya yaitu berkaitan dengan *cloning* yang berbunyi kloning untuk tujuan reproduksi dan duplikasi manusia dilarang. FIGO organisasi ginekologi internasional juga mengeluarkan beberapa keputusan etik terkait reproduksi buatan, salah satunya yaitu *reproductive cloning* atau duplikasi manusia tidak dibenarkan.

Menurut Annas (2002), *kloning* akan memiliki dampak buruk bagi kehidupan antara lain:

- a. Merusak peradaban manusia

- b. Memperlakukan manusia sebagai objek
- c. Jika kloning dilakukan, manusia seolah seperti barang mekanis yang bias dicetak semauanya oleh pemilik modal. Hal ini akan mereduksi nilai-nilai kemanusiaan yang dimiliki oleh manusia hasil kldning.
- d. Kloning akan menimbulkan perasaan dominasi dari suatu kelompok tertentu terhadap kelompok lain. Kloning biasanya dilakukan pada manusia unggulan yang memiliki keistimewaan dibidang tertentu. Hal ini akan menimbulkan perasaan dominasi oleh manusia hasil kloning tersebut sehingga bukan suatu kemustahilan ketika manusia hasil kloning malah menguasai manusia sebenarnya karena keunggulan mereka dalam berbagai bidang.

Embrio adalah sesosok pribadi. Embrio berhak hidup sebagai individu. Embrio semestinya dihormati. Dengan demikian intervensi manusia yang merusak, melecehkan, atau mengobjekkan embrio tidak dapat diterima. Kloning pada manusia pada hakekatnya melecehkan manusia sendiri dan berakibat buruk. Kloning manusia memiskinkan manusia sebab manusia itu hanya berasal dari satu gen. Ini berbeda dari kepribadian seseorang yang dilahirkan dari proses kehamilan biasa. Campuran gen laki-laki dan perempuan tidak ditemukan dalam proses kloning. Kloning membuktikan bahwa gen manusia begitu terbatas. Kloning berarti melawan secara fundamental persatuan antara wanita dan laki-laki. Ada bahaya bahwa kloning manusia dipakai sebagai usaha atau cara untuk mengganti seseorang yang terkenal dalam sejarah atau melestarikan orang-orang dalam sebuah keluarga. Dengan demikian, muncul wajah-wajah yang sama. Kultus individu akan berlanjut dan manusia akan jatuh ke dalam kesombongan. Manusia dapat menciptakan *homoculus*.

Charles Birch dalam Lani (2003) yang menggeluti masalah eugenika menyajikan tiga keberatan jika eugenika positif termasuk kloning diterapkan pada manusia, yaitu:

1. Menurunnya keanekaragaman gen dalam susunan genetik spesies *Homo Sapiens* (manusia). Keanekaragaman genetik merupakan kunci dalam evolusi selama ini dan masa datang.
2. Pengetahuan masyarakat mengenai konsep "*super human*" masih sangat terbatas. Sampai sekarang belum ada genotip yang sempurna. Setiap orang termasuk yang jenius sekalipun memiliki gen yang berkaitan dengan sifat yang tidak diinginkan.
3. Sangat diragukan kalau pemuliaan selektif untuk memperoleh sejumlah sifat yang diinginkan akan dilakukan secara efisien.

Hasil klon yang dimaksudkan akan mewarisi gen unggul juga dipertanyakan oleh pertimbangan etis. Apakah manusia dengan ciri unggul akan menikmati kehidupan sejati, mengingat pengalaman hidup yang kaya dan bermakna diperoleh bila manusia dengan kualitas dan kelemahan dirinya berinteraksi dan berkorelasi dengan masyarakat dan lingkungannya.

Didalam buku Kode Etik Kedokteran Indonesia terdapat penjelasan khusus untuk beberapa pasal dari revisi Kodeki hasil Mukernas Etik Kedokteran III, April 2002, dijelaskan tentang kloning, sebagai adopsi dari hasil keputusan Mukdamar XXIII IDI tahun 1997, tentang kloning yang pada hakekatnya: menolak dilakukan kloning pada manusia, bakteri, dst. Menghimbau para ilmuwan khususnya kedokteran, agar tidak mempromosikan kloning pada kaitan dengan reproduksi manusia. Mendorong ilmuwan untuk tetap memanfaatkan bio-reproduksi kloning pada: 1. Sel atau jaringan dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan melalui pembuatan zat atau *antigen monoclonal* yang dapat digunakan dalam banyak bidang kedokteran baik aspek diagnostic maupun aspek pengobatan. 2. Pada sel atau jaringan hewan dalam upaya penelitian kemungkinan melakukan konasi organ, serta penelitian lebih lanjut kemungkinan diaplikasikannya kloning organ manusia untuk dirinya sendiri.

Akademi Ilmu Pengetahuan Indonesia (AIPI) pada tahun 2002 telah menyatakan pandangannya tentang reproduksi kloning untuk kesejahteraan umat manusia dengan dinyatakannya reproduksi kloning dapat dimanfaatkan untuk proses pemuliaan dan perbanyak hewan guna peningkatan gizi masyarakat, serta sebagai wahana baru untuk produksi vaksin dan obat. Kloning pada manusia (*reproductive cloning*) secara etis tidak dapat diterima sedangkan rekayasa jaringan (*therapeutic cloning*) dianggap etis dan perlu mendapat perhatian lebih lanjut.

Pada Kongres Obstetri dan Ginekologi Indonesia (KOGI) di Yogyakarta (2003) Dalam Hanafiah dan Amir (2008) telah diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Kloning pada manusia menimbulkan kesulitan antara lain masalah surplus zigot, mengurangi keunikan genetis, menghasilkan individu dengan orang tua biologis tunggal, dan mengaburkan nama keluarga dan silsilah, pewarisan dan perwalian.
2. Pada tahap sekarang ini kloning dan reproduksi tidak dibenarkan, namun penelitian kloning terapeutik perlu dilanjutkan dan dilindungi.

3. Diperlukan pemantauan dan penilaian secara berkala dalam perkembangan kloning serta dampaknya terhadap aspek-aspek etik, hukum dan sosial termasuk aspek ekonomi, agama dan psikologis.

Aspek Hukum Kloning

Maraknya penelitian-penelitian tentang kloning yang melibatkan manusia sebagai subjeknya tak lepas dari bidang hukum. Hartiko dalam Lani (2003), mempertanyakan landasan yuridis jika kloning manusia diperkenankan. Ia mencemaskan jika penggandaan manusia secara massal yang semula diharapkan dapat meningkatkan kualitas manusia justru mengubah perilaku suatu bangsa menjadi tidak terkendali. Royalti yang sangat mungkin dituntut oleh individu pemilik gen yang akan diklon juga memerlukan landasan hukum yang kuat.

Dibeberapa Negara reproduksi kloning menjadi perdebatan di kalangan eksekutif maupun legislatif. Di Amerika Serikat, Bush yang saat itu masih menjadi presiden mengeluarkan pernyataan bahwa "*all human cloning is wrong*". Berdasarkan pernyataan tersebut, secara konstitusi Amerika Serikat menolak reproduksi kloning. Lebih lanjut, presiden Bush menyatakan bahwa reproduksi kloning dan penelitian tentang kloning harus dilarang.

U.S *House of Representative* mengeluarkan dua pernyataan yaitu 1) *human cloning prohibition act*, reproduksi kloning yang bertujuan untuk meng-kloning manusia merupakan tindakan kriminal. Barang siapa yang menggunakan reproduksi kloning untuk melakukan klonisasi terhadap manusia akan dikenai denda \$ 1 juta atau dipenjara maksimal 10 tahun. 2) *permit research cloning*, memperbolehkan penelitian reproduksi kloning yang bertujuan untuk pengobatan (Annas, 2002). Menurut Jaenisch (2004), terapeutik kloning adalah dibenarkan. Terapeutik kloning bertujuan untuk pengobatan penyakit.

Salah satu negara Asia yang menerapkan hukum positif tentang reproduksi kloning yaitu Korea Selatan. Parlemen Korea Selatan menetapkan peraturan berkaitan dengan kloning manusia. Dalam peraturan tersebut dijelaskan bahwa "barang siapa yang melakukan kloning diancam hukuman maksimal tiga tahun penjara". Kementerian kesehatan Korea Selatan menyatakan bahwa kloning yang menyilangkan dua spesies berbeda (*cross-species cloning*), di mana DNA sel somatik manusia diintegrasikan pada telur binatang atau perilaku semacamnya, akan diancam hukuman penjara hingga maksimal tiga tahun. Hukum ini bertujuan untuk meninggikan *bioethic* (Candratatuna, 2008).

Dalam Deklarasi Persatuan Bangsa-Bangsa tentang kloning pada manusia (*United Nations Declaration on Human Cloning*, 2005) dinyatakan bahwa negara anggota harus mencegah segala bentuk kloning pada manusia yang tidak sesuai dengan harkat martabat manusia dan harus melindungi makhluk insani. Kecemasan masyarakat di negara dunia ketiga berbeda dengan yang dialami masyarakat negara maju dalam menyikapi soal kloning. Dengan keterbatasan informasi dan pengetahuan, mereka harus bergelut dengan kecemasan yang sewaktu-waktu bisa berubah dari mimpi buruk menjadi kenyataan. Setelah lama memberi akomodasi bagi berbagai uji coba pertanian guna kepentingan negara maju, bukan tidak mungkin negara dunia ketiga cepat atau lambat harus kembali menjadi ajang uji coba rekayasa genetis.

Alih bioreproduksi modern dari negara maju ke negara dunia ketiga tidak dapat dilakukan secara menggebu-gebu hanya demi pemenuhan kepentingan politis dan ekonomis pemerintah. Meski selalu berada pada posisi kurang menguntungkan, negara dunia ketiga seharusnya berusaha melindungi dirinya sendiri jika tidak ingin negara dan lingkungannya makin diinjak-injak. Pemerintah negara dunia ketiga seharusnya cepat mengantisipasi gejala ini dengan membuat peraturan yang konsisten mengatur penelitian tentang hasil rekayasa dan kloning .

Di Indonesia belum terdapat hukum positif yang khusus mengatur tentang reproduksi kloning. Namun, dalam Undang-Undang RI. No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan pada Pasal 70 Ayat (1), disebutkan "penggunaan sel punca hanya dapat dilakukan untuk tujuan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan, serta dilarang digunakan untuk tujuan reproduksi". Dalam penjelasan UU RI No. 36 Tahun 2009, yang dimaksud sel punca yaitu sel dalam tubuh manusia dengan kemampuan istimewa yakni mampu memperbaharui atau meregenerasi dirinya dan mampu berdiferensiasi menjadi sel lain yang lebih spesifik.

Beberapa ilmuwan sangat menyayangkan tidak adanya hukum positif tentang reproduksi kloning. Prof. Dr. K Bertens dan Prof. Dr. Sangkot Marzuki dalam Kompas (2002), mengemukakan bahwa "Hingga kini belum ada hukum positif di Indonesia terlebih lagi dalam bentuk undang-undang (UU) yang mengatur mengenai kloning manusia. Padahal, produk kloning dalam bentuk paling sederhana, yaitu sel tunas (*stemcell*) sudah mulai dipasarkan di dunia dan tidak tertutup kemungkinan masuk ke Indonesia".

Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Pratimaratri (2008), menyatakan bahwa Kloning reproduksi manusia merupakan suatu permasalahan sosial yang perlu ditanggulangi oleh hukum pidana.

Formulasi 'tindak pidana' kloning manusia dalam perundangundangan pidana Indonesia terbatas pada reproduksi kloning pada manusia (*reproductive cloning of human beings*). Kriminalisasi reproduksi kloning pada manusia terutama untuk melindungi kepentingan hukum klon, donor dan sumber sel somatik, wanita sebagai donor ovum maupun *surrogate mother*'.

Kloning manusia pada dasarnya merupakan hal yang mengkhawatirkan, mengingat belum adanya undang-undang internasional tentang kloning, sementara hukum seringkali berjalan lebih lambat dari perkembangan pengetahuan dan hasil temuannya.

C. ABORSI

Secara medis, aborsi adalah berakhirnya atau gugurnya kehamilan sebelum kandungan mencapai usia 20 minggu atau berat bayi kurang dari 500 g, yaitu sebelum janin dapat hidup di luar kandungan secara mandiri. Abortus adalah kehamilan yang berhenti prosesnya pada umur kehamilan di bawah 20 minggu, atau berat fetus yang lahir 500 gram atau kurang. Aborsi berarti terhentinya kehamilan yang terjadi di antara saat tertanamnya sel telur yang sudah (*blastosit*) dirahim sampai kehamilan 28 minggu. Abortus adalah keluarnya janin sebelum mencapai viabilitas, dimana masa gestasi belum mencapai 22 minggu dan beratnya kurang dari 500 gram. WHO merekomendasikan viabilitas apabila masa gestasi telah mencapai 22 minggu atau lebih dan berat janin 500 gram atau lebih.

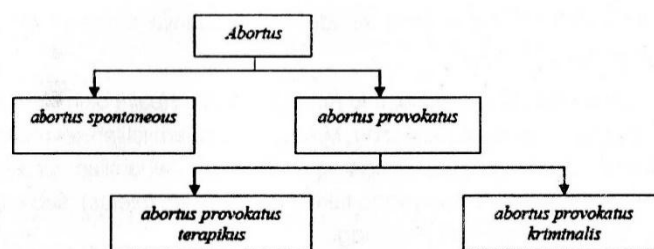
Aborsi dalam kamus Inggris Indonesia diterjemahkan dengan pengguguran kandungan. Dalam *Blaks's Law Dictionary*, kata *abortion* yang diterjemahkan menjadi aborsi dalam bahasa Indonesia mengandung arti: "*The spontaneous or artificially induced expulsion of an embryo or fetus. As used in illegal context refers to induced abortion.*" Yang berarti, keguguran dengan keluarnya embrio atau fetus tidak semata-mata karena terjadi secara alamiah, akan tetapi juga disengaja atau terjadi karena adanya campur tangan (provokasi) manusia.

Menurut *Fact Abortion, Info Kit on Women's Health* oleh *Institute For Social, Studies and Action*, Maret 1991, dalam istilah kesehatan aborsi didefinisikan sebagai penghentian kehamilan setelah tertanamnya telur (*ovum*) yang telah dibuahi rahim (*uterus*), sebelum janin (*fetus*) mencapai 20 minggu.

Jenis dan Klasifikasi

Secara garis besar, abortus terbagi menjadi dua macam, yaitu abortus spontan dan abortus buatan. Abortus spontan adalah merupakan mekanisme alamiah yang menyebabkan terhentinya proses kehamilan sebelum berumur 28 minggu. Sedangkan abortus buatan, abortus dengan jenis ini merupakan suatu upaya yang disengaja untuk menghentikan proses kehamilan sebelum berumur 28 minggu, dimana janin (hasil konsepsi) yang dikeluarkan tidak bisa bertahan hidup di dunia luar.

Ada beberapa istilah untuk menyebut keluarnya konsepsi atau pembuahan sebelum usia kehamilan 20 minggu yang biasa disebut aborsi (*abortion*), di antaranya: *Abortion criminalis*, yaitu pengguguran kandungan secara bertentangan dengan hukum; *Abortion Eugenic*, yaitu pengguguran kandungan untuk mendapat keturunan yang baik; *Abortion induced/provoked/provocatus*, yaitu pengguguran kandungan karena disengaja; *Abortion Natural*, yaitu pengguguran kandungan secara alamiah; *Abortion Spontaneous*, yaitu pengguguran kandungan secara tidak disengaja; dan *Abortion Therapeutic*, yaitu pengguguran kandungan dengan tujuan untuk menjaga kesehatan sang ibu.



Gambar. Kategori Abortus

1. Abortus Spontan

Abortus spontan adalah setiap kehamilan yang berakhir secara spontan sebelum janin dapat bertahan. *Abortus spontaneus*, adalah aborsi yang terjadi dengan tidak didahului faktor-faktor mekanis ataupun medicinalis semata-mata disebabkan oleh faktor alamiah. Abortus spontan dikategorikan sesuai dengan cara pengeluaran janin. Berikut ini, klasifikasi abortus spontan yaitu:

- a. Abortus imminens, Adalah terjadinya perdarahan uterus pada kehamilan sebelum usia kehamilan 20 minggu, janin masih dalam uterus, tanpa adanya dilatasi serviks. Diagnosisnya terjadi perdarahan melalui ostium uteri eksternum disertai mual, uterus membesar sebesar tuanya kehamilan, serviks belum membuka, dan tes kehamilan positif.

Pada abortus imminens, keluarnya *fetus* masih dapat dicegah dengan memberikan obat-obat hormonal dan anti *pasmodica*. Penanganannya : 1) Berbaring, cara ini menyebabkan bertambahnya aliran darah ke uterus dan sehingga rangsang mekanik berkurang. 2) Pemberian hormon progesterone. 3) Pemeriksaan USG

- b. Abortus insipiens adalah peristiwa peradangan uterus pada kehamilan sebelum usia kehamilan 20 minggu dengan adanya dilatasi serviks. Diagnosisnya rasa mulas menjadi lebih sering dan kuat, perdarahan bertambah. Pengeluaran janin dengan kuret vakum atau cunam ovum, disusul dengan kerokan. Pada kehamilan lebih dari 12 minggu bahaya perforasi pada kerokan lebih besar, maka sebaiknya proses abortus dipercepat dengan pemberian infuse oksitosin. Sebaliknya secara digital dan kerokan bila sisa plasenta tertinggal bahaya perforasinya kecil.
- c. Abortus inkompletus, adalah pengeluaran sebagian janin pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan masih ada sisa tertinggal dalam uterus. Abortus inkompletus atau dengan kata lain keguguran bersisa artinya hanya ada sebagian dari hasil konsepsi yang dikeluarkan yang tertinggal adalah *deci* dua dan plasenta. Pada pemeriksaan vaginal, servikalis terbuka dan jaringan dapat diraba dalam kavum uteri atau kadang-kadang sudah menonjol dari ostium uteri eksternum. Perdarahan tidak akan berhenti sebelum sisa janin dikeluarkan, dapat menyebabkan syok. Penanganannya, diberikan infuse cairan NaCl fisiologik dan transfusi, setelah syok diatasi dilakukan kerokan. Saat tindakan disuntikkan intramuskulus ergometrin untuk mempertahankan kontraksi otot uterus.
- d. Abortus kompletus atau keguguran lengkap artinya seluruh hasil konsepsi dikeluarkan sehingga rongga rahim kosong. Pada abortus kompletus ditemukan perdarahan sedikit, ostium uteri telah menutup, uterus sudah mengecil dan tidak memerlukan pengobatan khusus, apabila menderita anemia perlu diberi sulfas ferrosus atau transfuse.
- e. Missed abortion, adalah kehamilan yang tidak normal, janin mati pada usia kurang dari 20 hari dan tidak dapat dihindari. *Missed abortion*, keadaan di mana janin sudah mati tetapi tetap berada dalam rahim dan tidak dikeluarkan selama dua bulan atau lebih. Gejalanya seperti abortus imminens yang kemudian menghilang secara spontan disertai kehamilan menghilang, payudara agak mengendor, uterus mengecil, tes kehamilan negatif. Dengan USG dapat diketahui apakah janin sudah mati dan besarnya sesuai dengan usia kehamilan. Dengan *human chorionic gonadotropin* (hCG) tes bisa diketahui kemungkinan keguguran. Biasanya terjadi pembekuan darah. Penanganannya, pada kehamilan kurang dari 12 minggu dilakukan pembukaan serviks uteri dengan laminaria

selama \pm 12 jam kedalam servikalis, yang kemudian diperbesar dengan busi hegar sampai cunam ovum atau jari dapat masuk ke dalam kavum uteri. Pada kehamilan lebih dari 12 minggu, maka pengeluaran janin dengan infuse intravena oksitosin dosis tinggi. Apabila fundus uteri tingginya sampai 2 jari dibawah pusat, maka pengeluaran janin dapat dikerjakan dengan penyuntikan larutan garam 20% kedalam dinding uteri melalui dinding perut. Apabila terdapat hipofibrinogenemia, perlu persediaan fibrinogen. Pemberian misoprostol (Cytotec) 400-800 mcg dengan dosis tunggal atau ganda untuk mengurangi rasa sakit.

- f. Abortus habitulis atau keguguran berulang adalah keadaan dimana penderita mengalami keguguran berturut-turut 3 kali atau lebih.
- g. Abortus infeksius dan abortus septic, adalah abortus yang disertai infeksi genital

2. *Abortus provokatus*

Aborsi provokatus adalah aborsi yang disengaja baik dengan memakai obat-obatan maupun alat-alat. *Aborsi provocatus* merupakan istilah lain yang secara resmi dipakai dalam kalangan kedokteran dan hukum. Abortus provokatus merupakan suatu proses pengakhiran hidup dari janin sebelum diberi kesempatan untuk bertumbuh. Abortus provokatus terbagi menjadi dua jenis yaitu abortus provokatus medicinalis dan abortus kriminalis.

a. Abortus provokatus medicinalis

Abortus provocatus medicinalis, adalah aborsi yang dilakukan oleh dokter atas dasar indikasi medis, yaitu apabila tindakan aborsi tidak diambil akan membahayakan jiwa ibu. *Abortus provocatus medicinalis* atau *artificialis* atau *therapeuticus* adalah aborsi yang dilakukan dengan disertai indikasi medis. Di Indonesia yang dimaksud dengan indikasi medis adalah demi menyelamatkan nyawa ibu. Adapun syarat-syarat yang ditentukan sebagai indikasi medis adalah:

- Dilakukan oleh tenaga kesehatan yang memiliki keahlian dan kewenangan untuk melakukannya (yaitu seorang dokter ahli kebidanan dan penyakit kandungan) sesuai dengan tanggung jawab profesi.
- Harus meminta pertimbangan tim ahli (ahli medis lain, agama, hukum, psikologi).
- Harus ada persetujuan tertulis dari penderita atau suaminya atau keluarga terdekat.

- Dilakukan di sarana kesehatan yang memiliki tenaga/peralatan yang memadai, yang ditunjuk oleh pemerintah.
- Prosedur tidak dirahasiakan.
- Dokumen medik harus lengkap

Dalam praktek di dunia kedokteran, *abortus provocatus medicinalis* juga dapat dilakukan jika anak yang akan lahir diperkirakan mengalami cacat berat dan harapan hidupnya tipis, misalnya janin menderita kelainan *ectopia kordis* (janin akan dilahirkan tanpa dinding dada, sehingga terlihat jantungnya), *rakiskisis* (janin akan dilahirkan dengan tulang punggung terbuka tanpa ditutupi kulit kulit maupun *anensefalus* (janin akan dilahirkan tanpa otak besar).

b. Abortus provokatus kriminalis

Abortus provocatus kriminalis adalah aborsi yang terjadi oleh karena tindakan-tindakan yang tidak legal atau tidak berdasarkan indikasi medis, sebagai contoh aborsi yang dilakukan dalam rangka melenyapkan janin sebagai akibat hubungan seksual di luar perkawinan. Secara umum pengertian *abortus provokatus kriminalis* adalah suatu kelahiran dini sebelum bayi itu pada waktunya dapat hidup sendiri di luar kandungan. Pada umumnya janin yang keluar itu sudah tidak bernyawa lagi. Sedangkan secara yuridis *abortus provokatus kriminalis* adalah setiap penghentian kehamilan sebelum hasil konsepsi dilahirkan, tanpa memperhitungkan umur bayi dalam kandungan dan janin dilahirkan dalam keadaan mati atau hidup.

Aspek Etik dan Hukum Aborsi

Ketentuan tentang hukum aborsi di dalam hukum pidana positif Indonesia diatur di dalam KUHP (*Lex Generalis*) dan Undang-Undang Kesehatan (*Lex Specialis*). KUHP tidak membolehkan aborsi dengan alasan apa pun juga dan oleh siapapun juga. Dalam Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP) tindakan pengguguran kandungan yang disengaja (*abortus provocatus*) diatur dalam Buku kedua Bab XIV tentang Kejahatan Kesusilaan khususnya Pasal 299, dan Bab XIX Pasal 346 sampai dengan Pasal 349, dan digolongkan ke dalam kejahatan terhadap nyawa. Berikut ini adalah uraian tentang pengaturan *abortus provocatus* yang terdapat dalam pasal-pasal tersebut.

Bab XIV KUHP: Pasal 229

(1) Barang siapa dengan sengaja mengobati seorang wanita atau menyuruhnya supaya diobati, dengan diberitahukan atau ditimbulkan harapan, bahwa karena pengobatan itu hamilnya dapat digugurkan, diancam dengan pidana penjara paling lama empat tahun atau denda paling banyak tiga ribu rupiah.

(2) Jika yang bersalah, berbuat demikian untuk mencari keuntungan, atau menjadikan perbuatan tersebut sebagai pencarian atau kebiasaan, atau jika dia seorang dokter, bidan atau juru obat, pidananya dapat ditambah sepertiga.

Jika yang bersalah, melakukan kejahatan tersebut, dalam menjalankan pencarian, maka dapat dicabut haknya untuk melakukan pencarian itu.

Bab XIV KUHP: Pasal 346 KUHP :

"Seorang wanita yang sengaja menggugurkan atau mematikan kandungannya atau menyuruh orang lain untuk itu, diancam dengan pidana penjara paling lama empat tahun".

Pasal 347 KUHP

(1) Barang siapa dengan sengaja menggugurkan atau mematikan kandungan seorang wanita tanpa persetujuannya, diancam dengan pidana penjara paling lama dua belas tahun.

(2) Jika perbuatan itu mengakibatkan matinya wanita tersebut, diancam dengan pidana penjara paling lama lima belas tahun.

Pasal 348 KUHP:

(1) Barang siapa dengan sengaja menggunakan atau mematikan kandungan seorang wanita dengan persetujuannya, diancam dengan pidana penjara paling lama lima tahun enam bulan.

(2) Jika perbuatan itu mengakibatkan matinya wanita tersebut, diancam dengan pidana penjara paling lama tujuh tahun.

Pasal 349 KUHP :

Jika seorang dokter, bidan atau juru obat membantu melakukan kejahatan berdasarkan pasal 346, ataupun membantu melakukan salah satu kejahatan dalam pasal 347 dan 348, maka pidana yang ditentukan dalam pasal itu dapat ditambah dengan sepertiga dan dapat dicabut hak untuk menjalankan pencaharian dalam mana kejahatan dilakukan".

Dengan disahkannya Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang menggantikan undang-undang kesehatan sebelumnya yaitu Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992, maka permasalahan aborsi memperoleh legitimasi dan penegasan. Secara eksplisit, dalam undang-undang ini terdapat pasal-pasal yang mengatur mengenai aborsi, meskipun dakim praktek medis mengandung berbagai reaksi dan menimbulkan kontroversi diberbagai lapisan masyarakat. Meskipun, undang-undang melarang praktik aborsi, tetapi dalam keadaan tertentu terdapat kebolehan. Ketentuan pengaturan aborsi dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 dituangkan dalam Pasal 75, 76 , 77, dan Pasal 194. Berikut ini adalah uraian lengkap mengenai pengaturan aborsi yang terdapat dalam pasal-pasal tersebut:

Pasal 75:

- (1) Setiap orang dilarang melakukan aborsi.
- (2) Larangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dikecualikan berdasarkan:
 - a. indikasi kedaruratan medis yang dideteksi sejak usia dini kehamilan, baik yang mengancam nyawa ibu dan/atau janin, yang menderita penyakit genetik berat dan/atau cacat bawaan, maupun yang tidak dapat diperbaiki sehingga menyulitkan bayi tersebut hidup di luar kandungan; atau
 - b. kehamilan akibat perkosaan yang dapat menyebabkan trauma psikologis bagi korban perkosaan.
- (3) Tindakan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) hanya dapat dilakukan setelah melalui konseling dan/atau penasehatan pra tindakan dan diakhiri dengan konseling pasca tindakan yang dilakukan oleh konselor yang kompeten dan berwenang.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai indikasi dihitung dari hari pertama haid terakhir, kecuali dalam hal kedaruratan medis kedaruratan medis dan perkosaan, sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Pasal 76:

Aborsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 75 hanya dapat dilakukan:

- a. sebelum kehamilan berumur 6 (enam) minggu;
- b. oleh tenaga kesehatan yang memiliki keterampilan dan kewenangan yang memiliki sertifikat yang ditetapkan oleh menteri;

- c. dengan persetujuan ibu hamil yang bersangkutan;
- d. dengan izin suami, kecuali korban perkosaan; dan
- e. penyedia layanan kesehatan yang memenuhi syarat yang ditetapkan oleh Menteri.

Pasal 77:

"Pemerintah wajib melindungi dan mencegah perempuan dari aborsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 75 ayat (2) dan ayat (3) yang tidak bermutu, tidak aman, dan tidak bertanggung jawab serta bertentangan dengan norma agama dan ketentuan peraturan perundang-undangan".

Pasal 194

"Setiap orang yang dengan sengaja melakukan aborsi tidak sesuai dengan ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 75 ayat (2) dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan Benda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah)".

KUHP tidak membolehkan aborsi dengan alasan apapun jugadan oleh siapapun juga. Ketentuan ini sejalan dengan diundangkannya di zaman pemerintahan Hindia Belanda sampai dengan sekarang ini tidak pernah berubah., dan ketentuan ini berlaku umum bagi siapa pun yang melakukan, bahkan bagi dokter yang melakukan dikenakan pemberatan pidana. Pengguguran kandungan yang disengaja dengan melanggar berbagai ketentuan hukum (*abortus provocatus criminalis*) yang terdapat dalam KUHP menganut prinsip "illegal tanpa kecuali" dinilai sangat memberatkan paramedis dalam melakukan tugasnya. Pasal tentang aborsi yang diatur dalam Kitab Undang-Undang Hukum Pidana juga bertentangan dengan Pasal 75 ayat (2) UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, di mana pada prinsipnya tindakan pengguguran kandungan atau aborsi dilarang (Pasal 75 ayat (1)), namun Larangan tersebut dapat dikecualikan berdasarkan:

- a. Indikasi kedaruratan medis yang dideteksi sejak usia kehamilan, baik yang mengancam nyawa ibu dan/atau janin, yang menderita penyakit genetik berat dan/atau cacat bawaan, maupun yang tidak dapat diperbaiki sehingga menyulitkan bayi tersebut hidup di luar kandungan; atau
- b. Kehamilan akibat perkosaan yang dapat menyebabkan trauma psikologis bagi korban perkosaan.

DAFTAR PUSTAKA

- Hanafiah, jusuf, 2012. **Etika Kedokteran & Hukum Kesehatan Edisi 4**. Jakarta: EGC
- Hanafiah, jusuf. 2008. **Etika Kedokteran dan Ajaran Islam**. Medan: Pustaka Bangsa Press
- Wahyuningsih, Heni. 2008. **Etika Profesi Kebidanan**. Yogyakarta: Fitramaya
- Marimbi, Hanum. 2008. **Etika dan Kode Etik Profesi Kebidanan**. Yogyakarta: Mitra Cendikia Press
- Nawawi, H, 1995. **Metode Penelitian Bidang Sosial**. Yogyakarta: Gajah Mada University Press
- Notoatmodjo, S. 2003. **Ilmu Kesehatan Masyarakat**. Jakarta: PT Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S. 2010. **Etika & Hukum Kesehatan**. Jakarta: PT Rineka Cipta
- Triwibowo, Cecep, 2014. **Etika dan Hukum Kesehatan**. Yogyakarta: Nuha Medika
- Acuma, HL. 1978. *Community Participation in Health*. WHO
- Bertens, K. 2001. **Etika**. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama
- Bradley, Peter and Amanda Burls. 2002. *Ethic in Public and Community Health*. London and New York: Roundledge
- Siswanto, Hadi. 2009. **Etika Profesi**. Yogyakarta: Putka Rihama
- Republik Indonesia. Undang – Undang No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan

LAMPIRAN

UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 36 TAHUN 2014
TENTANG
TENAGA KESEHATAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA,

Menimbang:

- a. bahwa tenaga kesehatan memiliki peranan penting untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang maksimal kepada masyarakat agar masyarakat mampu untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat sehingga akan terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi serta sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum sebagaimana dimaksud dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
- b. bahwa kesehatan sebagai hak asasi manusia harus diwujudkan dalam bentuk pemberian berbagai pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat melalui penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang menyeluruh oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan masyarakat secara terarah, terpadu dan berkesinambungan, adil dan merata, serta aman, berkualitas, dan terjangkau oleh masyarakat;
- c. bahwa penyelenggaraan upaya kesehatan harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang bertanggung jawab, yang memiliki etik dan moral yang tinggi, keahlian, dan kewenangan yang secara terus menerus harus ditingkatkan mutunya melalui pendidikan dan pelatihan berkelanjutan, sertifikasi, registrasi, perizinan, serta pembinaan, pengawasan, dan pemantauan agar penyelenggaraan upaya kesehatan memenuhi rasa keadilan dan perikemanusiaan serta sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan;
- d. bahwa untuk memenuhi hak dan kebutuhan kesehatan setiap individu dan masyarakat, untuk pemeratakan pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat, dan untuk memberikan perlindungan serta kepastian hukum kepada tenaga kesehatan dan masyarakat penerima upaya pelayanan kesehatan, perlu pengaturan mengenai tenaga

- kesehatan terkait dengan perencanaan kebutuhan, pengadaan, pendayagunaan, pembinaan, dan pengawasan mutu tenaga kesehatan;
- e. bahwa ketentuan mengenai tenaga kesehatan masih tersebar dalam berbagai peraturan perundangundangan dan belum menampung kebutuhan hukum masyarakat sehingga perlu dibentuk undangundang tersendiri yang mengatur tenaga kesehatan secara komprehensif;
 - f. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, huruf c, huruf d, dan huruf e, perlu membentuk Undang-Undang tentang Tenaga Kesehatan.

Mengingat:

1. Pasal 5 ayat (1), Pasal 20, Pasal 28H ayat (1), dan Pasal 34 ayat (3) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063).

Dengan Persetujuan Bersama:

DEWAN PERWAKILAN RAKYAT REPUBLIK INDONESIA

dan

PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA

MEMUTUSKAN:

Menetapkan:

UNDANG-UNDANG TENTANG TENAGA KESEHATAN.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Undang-Undang ini yang dimaksud dengan:

1. Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang

kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.

2. Asisten Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan bidang kesehatan di bawah jenjang Diploma Tiga.
3. Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat.
4. Upaya Kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh Pemerintah dan/atau masyarakat.
5. Kompetensi adalah kemampuan yang dimiliki seseorang Tenaga Kesehatan berdasarkan ilmu pengetahuan, keterampilan, dan sikap profesional untuk dapat menjalankan praktik.
6. Uji Kompetensi adalah proses pengukuran pengetahuan, keterampilan, dan perilaku peserta didik pada perguruan tinggi yang menyelenggarakan pendidikan tinggi bidang Kesehatan.
7. Sertifikat Kompetensi adalah surat tanda pengakuan terhadap Kompetensi Tenaga Kesehatan untuk dapat menjalankan praktik di seluruh Indonesia setelah lulus uji Kompetensi.
8. Sertifikat Profesi adalah surat tanda pengakuan untuk melakukan praktik profesi yang diperoleh lulusan pendidikan profesi.
9. Registrasi adalah pencatatan resmi terhadap Tenaga Kesehatan yang telah memiliki Sertifikat Kompetensi atau Sertifikat Profesi dan telah mempunyai kualifikasi tertentu lain serta mempunyai pengakuan secara hukum untuk menjalankan praktik.
10. Surat Tanda Registrasi yang selanjutnya disingkat STR adalah bukti tertulis yang diberikan oleh konsil masing-masing Tenaga Kesehatan kepada Tenaga Kesehatan yang telah diregistrasi.
11. Surat Izin Praktik yang selanjutnya disingkat SIP adalah bukti tertulis yang diberikan oleh pemerintah daerah kabupaten/kota kepada Tenaga Kesehatan sebagai pemberian kewenangan untuk menjalankan praktik.

12. Standar Profesi adalah batasan kemampuan minimal berupa pengetahuan, keterampilan, dan perilaku profesional yang harus dikuasai dan dimiliki oleh seorang individu untuk dapat melakukan kegiatan profesionalnya pada masyarakat secara mandiri yang dibuat oleh organisasi profesi bidang kesehatan.
13. Standar Pelayanan Profesi adalah pedoman yang diikuti oleh Tenaga Kesehatan dalam melakukan pelayanan kesehatan.
14. Standar Prosedur Operasional adalah suatu perangkat instruksi/langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan proses kerja rutin tertentu dengan memberikan langkah yang benar dan terbaik berdasarkan konsensus bersama untuk melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh Fasilitas Pelayanan Kesehatan berdasarkan Standar Profesi.
15. Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia adalah lembaga yang melaksanakan tugas secara independen yang terdiri atas konsil masing-masing tenaga kesehatan.
16. Organisasi Profesi adalah wadah untuk berhimpun tenaga kesehatan yang seprofesi.
17. Kolegium masing-masing Tenaga Kesehatan adalah badan yang dibentuk oleh Organisasi Profesi untuk setiap cabang disiplin ilmu kesehatan yang bertugas mengampu dan meningkatkan mutu pendidikan cabang disiplin ilmu tersebut.
18. Penerima Pelayanan Kesehatan adalah setiap orang yang melakukan konsultasi tentang kesehatan untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan, baik secara langsung maupun tidak langsung kepada tenaga kesehatan.
19. Pemerintah Pusat yang selanjutnya disebut Pemerintah adalah Presiden Republik Indonesia yang memegang kekuasaan pemerintah negara Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
20. Pemerintah Daerah adalah Gubernur, Bupati, dan Walikota serta perangkat daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan.
21. Menteri adalah Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

Pasal 2

Undang-Undang ini berasaskan:

- a. Perikemanusiaan;
- b. manfaat;
- c. pemerataan;

- d. etika dan profesionalitas;
- e. penghormatan terhadap hak dan kewajiban;
- f. keadilan;
- g. pengabdian;
- h. norma agama; dan
- i. perlindungan.

Pasal 3

Undang-Undang ini bertujuan untuk:

- a. memenuhi kebutuhan masyarakat akan Tenaga Kesehatan;
- b. mendayagunakan Tenaga Kesehatan sesuai dengan kebutuhan masyarakat;
- c. memberikan perlindungan kepada masyarakat dalam menerima penyelenggaraan Upaya Kesehatan;
- d. mempertahankan dan meningkatkan mutu penyelenggaraan Upaya Kesehatan yang diberikan oleh Tenaga Kesehatan; dan
- e. memberikan kepastian hukum kepada masyarakat dan Tenaga Kesehatan.

BAB II

TANGGUNG JAWAB DAN WEWENANG PEMERINTAH DAN PEMERINTAH DAERAH

Pasal 4

Pemerintah dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab terhadap:

- a. pengaturan, pembinaan, pengawasan, dan peningkatan mutu Tenaga Kesehatan;
- b. perencanaan, pengadaan, dan pendayagunaan Tenaga Kesehatan sesuai dengan kebutuhan; dan
- c. perlindungan kepada Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik.

Pasal 5

Dalam melaksanakan tanggung jawabnya, Pemerintah berwenang untuk:

- a. menetapkan kebijakan Tenaga Kesehatan skala nasional selaras dengan kebijakan pembangunan nasional;
- b. merencanakan kebutuhan Tenaga Kesehatan; c. melakukan pengadaan Tenaga Kesehatan;

- d. mendayagunakan Tenaga Kesehatan;
- e. membina, mengawasi, dan meningkatkan mutu Tenaga Kesehatan melalui pelaksanaan kegiatan sertifikasi Kompetensi dan pelaksanaan Registrasi Tenaga Kesehatan;
- f. melaksanakan kerja sama, baik dalam negeri maupun luar negeri di bidang Tenaga Kesehatan; dan
- g. menetapkan kebijakan yang berkaitan dengan Tenaga Kesehatan yang akan melakukan pekerjaan atau praktik di luar negeri dan Tenaga Kesehatan warga negara asing yang akan melakukan pekerjaan atau praktik di Indonesia.

Pasal 6

Dalam melaksanakan tanggung jawabnya, pemerintah daerah provinsi berwenang untuk:

- a. menetapkan kebijakan Tenaga Kesehatan selaras dengan kebijakan pembangunan nasional;
- b. melaksanakan kebijakan Tenaga Kesehatan;
- c. merencanakan kebutuhan Tenaga Kesehatan;
- d. melakukan pengadaan Tenaga Kesehatan;
- e. melakukan pendayagunaan melalui pemerataan, pemanfaatan dan pengembangan;
- f. membina, mengawasi, dan meningkatkan mutu Tenaga Kesehatan melalui pembinaan dan pengawasan pelaksanaan praktik Tenaga Kesehatan; dan
- g. melaksanakan kerja sama dalam negeri di bidang Tenaga Kesehatan.

Pasal 7

Dalam melaksanakan tanggung jawabnya, pemerintah daerah kabupaten/kota berwenang untuk:

- a. menetapkan kebijakan Tenaga Kesehatan selaras dengan kebijakan nasional dan provinsi;
- b. melaksanakan kebijakan Tenaga Kesehatan;
- c. merencanakan kebutuhan Tenaga Kesehatan;
- d. melakukan pengadaan Tenaga Kesehatan;
- e. melakukan pendayagunaan melalui pemerataan, pemanfaatan, dan pengembangan; f. membina, mengawasi, dan meningkatkan mutu Tenaga Kesehatan melalui pelaksanaan kegiatan perizinan Tenaga Kesehatan; dan
- g. melaksanakan kerja sama dalam negeri di bidang Tenaga Kesehatan.

BAB III
KUALIFIKASI DAN PENGELOMPOKAN TENAGA KESEHATAN

Pasal 8

Tenaga di bidang kesehatan terdiri atas:

- a. Tenaga Kesehatan; dan
- b. Asisten Tenaga Kesehatan.

Pasal 9

- (1) Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 huruf a harus memiliki kualifikasi minimum Diploma Tiga, kecuali tenaga medis.
- (2) Ketentuan lebih lanjut mengenai kualifikasi minimum Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Menteri.

Pasal 10

- (1) Asisten Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 huruf b harus memiliki kualifikasi minimum pendidikan menengah di bidang kesehatan.
- (2) Asisten Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya dapat bekerja di bawah supervisi Tenaga Kesehatan.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai Asisten Tenaga Kesehatan diatur dengan Peraturan Menteri.

Pasal 11

- (1) Tenaga Kesehatan dikelompokkan ke dalam:
 - a. tenaga medis;
 - b. tenaga psikologi klinis;
 - c. tenaga keperawatan;
 - d. tenaga kebidanan;
 - e. tenaga kefarmasian;
 - f. tenaga kesehatan masyarakat;
 - g. tenaga kesehatan lingkungan;
 - h. tenaga gizi;
 - i. tenaga keterampilan fisik;
 - j. tenaga keteknisian medis;

- k. tenaga teknik biomedika;
 - l. tenaga kesehatan tradisional; dan
 - m. tenaga kesehatan lain.
- (2) Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a terdiri atas dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis.
 - (3) Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga psikologi klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b adalah psikologi klinis.
 - (4) Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c terdiri atas berbagai jenis perawat.
 - (5) Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga kebidanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d adalah bidan.
 - (6) Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga kefarmasian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e terdiri atas apoteker dan tenaga teknis kefarmasian.
 - (7) Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga kesehatan masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf f terdiri atas epidemiolog kesehatan, tenaga promosi kesehatan dan ilmu perilaku, pembimbing kesehatan kerja, tenaga administrasi dan kebijakan kesehatan, tenaga biostatistik dan kependudukan, serta tenaga kesehatan reproduksi dan keluarga.
 - (8) Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga kesehatan lingkungan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf g terdiri atas tenaga sanitasi lingkungan, entomolog kesehatan, dan mikrobiolog kesehatan.
 - (9) Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga gizi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf h terdiri atas nutrisisionis dan dietisien.
 - (10) Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga keterampilan fisik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf i terdiri atas fisioterapis, okupasi terapis, terapis wicara, dan akupunktur.
 - (11) Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga keteknisan medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf j terdiri atas perekam medis dan informasi kesehatan, teknik kardiovaskuler, teknisi pelayanan darah, refraksionis optisien/optometris, teknisi gigi, penata anestesi, terapis gigi dan mulut, dan audiologis.
 - (12) Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga teknik biomedika sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf k terdiri atas radiografer, elektromedis, ahli

teknologi laboratorium medik, fisikawan medik, radioterapis, dan ortotik prostetik. (13)
Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok Tenaga Kesehatan tradisional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf l terdiri atas tenaga kesehatan tradisional ramuan dan tenaga kesehatan tradisional keterampilan.

- (14) Tenaga Kesehatan lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf m ditetapkan oleh Menteri.

Pasal 12

Dalam memenuhi perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan serta kebutuhan pelayanan kesehatan, Menteri dapat menetapkan jenis Tenaga Kesehatan lain dalam setiap kelompok sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11.

BAB IV

PERENCANAAN, PENGADAAN, DAN PENDAYAGUNAAN

Bagian Kesatu

Perencanaan

Pasal 13

Pemerintah dan Pemerintah Daerah wajib memenuhi kebutuhan Tenaga Kesehatan, baik dalam jumlah, jenis, maupun dalam kompetensi secara merata untuk menjamin keberlangsungan pembangunan kesehatan.

Pasal 14

- (1) Menteri menetapkan kebijakan dan menyusun perencanaan Tenaga Kesehatan dalam rangka memenuhi kebutuhan Tenaga Kesehatan secara nasional.
- (2) Perencanaan Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun secara berjenjang berdasarkan ketersediaan Tenaga Kesehatan dan kebutuhan penyelenggaraan pembangunan dan Upaya Kesehatan.
- (3) Ketersediaan dan kebutuhan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan melalui pemetaan Tenaga Kesehatan.

Pasal 15

Menteri dalam menyusun perencanaan Tenaga Kesehatan harus memperhatikan faktor:

- a. jenis, kualifikasi, jumlah, pengadaan, dan distribusi Tenaga Kesehatan;
- b. penyelenggaraan Upaya Kesehatan;
- c. ketersediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
- d. kemampuan pembiayaan;
- e. kondisi geografis dan sosial budaya; dan
- f. kebutuhan masyarakat.

Pasal 16

Ketentuan lebih lanjut mengenai perencanaan Tenaga Kesehatan diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Bagian Kedua

Pengadaan

Pasal 17

- (1) Pengadaan Tenaga Kesehatan dilaksanakan sesuai dengan perencanaan dan pendayagunaan Tenaga Kesehatan.
- (2) Pengadaan Tenaga Kesehatan dilakukan melalui pendidikan tinggi bidang kesehatan.
- (3) Pendidikan tinggi bidang kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diarahkan untuk menghasilkan Tenaga Kesehatan yang bermutu sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Pelayanan Profesi.
- (4) Pendidikan tinggi bidang kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diselenggarakan dengan memperhatikan:
 - a. keseimbangan antara kebutuhan penyelenggaraan Upaya Kesehatan dan dinamika kesempatan kerja, baik di dalam negeri maupun di luar negeri;
 - b. keseimbangan antara kemampuan produksi Tenaga Kesehatan dan sumber daya yang tersedia; dan
 - c. perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.
- (5) Penyelenggaraan pendidikan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilaksanakan oleh Pemerintah dan/atau masyarakat sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

- (6) Ketentuan lebih lanjut mengenai pengadaan Tenaga Kesehatan diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Pasal 18

- (1) Pendidikan tinggi bidang kesehatan diselenggarakan berdasarkan izin sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- (2) Izin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan setelah mendapatkan rekomendasi dari Menteri.
- (3) Pembinaan teknis pendidikan tinggi bidang kesehatan dilakukan oleh Menteri.
- (4) Pembinaan akademik pendidikan tinggi bidang kesehatan dilakukan oleh menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan.
- (5) Dalam penyusunan kurikulum pendidikan Tenaga Kesehatan, penyelenggara pendidikan tinggi bidang kesehatan harus mengacu pada Standar Nasional Pendidikan Tinggi yang ditetapkan oleh menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan dan berkoordinasi dengan Menteri.
- (6) Penyelenggaraan pendidikan tinggi bidang kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2), ayat (3), ayat (4), dan ayat (5) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 19

- (1) Dalam rangka penjaminan mutu lulusan, penyelenggara pendidikan tinggi bidang kesehatan hanya dapat menerima mahasiswa sesuai dengan kuota nasional.
- (2) Ketentuan mengenai kuota nasional penerimaan mahasiswa diatur dengan Peraturan Menteri yang menyelenggarakan urusan bidang pendidikan setelah berkoordinasi dengan Menteri.

Pasal 20

- (1) Penyelenggaraan pendidikan tinggi bidang kesehatan harus memenuhi Standar Nasional Pendidikan Tenaga Kesehatan.
- (2) Standar Nasional Pendidikan Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengacu pada Standar Nasional Pendidikan Tinggi.
- (3) Standar Nasional Pendidikan Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun secara bersama oleh kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan

dibidang kesehatan, kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan, asosiasi institusi pendidikan, dan Organisasi Profesi.

- (4) Standar Nasional Pendidikan Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan.

Pasal 21

- (1) Mahasiswa bidang kesehatan pada akhir masa pendidikan vokasi dan profesi harus mengikuti Uji Kompetensi secara nasional.
- (2) Uji Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan oleh Perguruan Tinggi bekerja sama dengan Organisasi Profesi, lembaga pelatihan, atau lembaga sertifikasi yang terakreditasi.
- (3) Uji Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditujukan untuk mencapai standar kompetensi lulusan yang memenuhi standar kompetensi kerja.
- (4) Standar kompetensi kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (3) disusun oleh Organisasi Profesi dan konsil masing-masing Tenaga Kesehatan dan ditetapkan oleh Menteri.
- (5) Mahasiswa pendidikan vokasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yang lulus Uji Kompetensi memperoleh Sertifikat Kompetensi yang diterbitkan oleh Perguruan Tinggi.
- (6) Mahasiswa pendidikan profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yang lulus Uji Kompetensi memperoleh Sertifikat Profesi yang diterbitkan oleh Perguruan Tinggi.
- (7) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pelaksanaan Uji Kompetensi diatur dengan Peraturan Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan.

Bagian Ketiga Pendayagunaan

Pasal 22

- (1) Pendayagunaan Tenaga Kesehatan dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing berdasarkan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan.
- (2) Pendayagunaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas pendayagunaan Tenaga Kesehatan di dalam negeri dan luar negeri.

- (3) Pendayagunaan Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan memperhatikan aspek pemerataan, pemanfaatan, dan pengembangan.

Pasal 23

- (1) Dalam rangka pemerataan pelayanan kesehatan dan pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, Pemerintah dan Pemerintah Daerah wajib melakukan penempatan Tenaga Kesehatan setelah melalui proses seleksi.
- (2) Penempatan Tenaga Kesehatan oleh Pemerintah atau Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan dengan cara: a. pengangkatan sebagai pegawai negeri sipil; b. pengangkatan sebagai pegawai pemerintah dengan perjanjian kerja; atau c. penugasan khusus.
- (3) Selain penempatan Tenaga Kesehatan dengan cara sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Pemerintah dapat menempatkan Tenaga Kesehatan melalui pengangkatan sebagai anggota TNI/POLRI.
- (4) Pengangkatan sebagai pegawai negeri sipil dan pegawai pemerintah dengan perjanjian kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a dan huruf b serta penempatan melalui pengangkatan sebagai anggota TNI/POLRI dilaksanakan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan.
- (5) Penempatan Tenaga Kesehatan melalui penugasan khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c dilakukan dengan penempatan dokter pascainternsip, residen senior, pascapendidikan spesialis dengan ikatan dinas, dan tenaga kesehatan lainnya. (6) Ketentuan lebih lanjut mengenai penempatan dengan penugasan khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (5) diatur dengan Peraturan Menteri.

Pasal 24

- (1) Penempatan Tenaga Kesehatan dilakukan dengan tetap memperhatikan pemanfaatan dan pengembangan Tenaga Kesehatan.
- (2) Penempatan Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui seleksi.

Pasal 25

- (1) Pemerintah dalam pemerataan penyebaran Tenaga Kesehatan sesuai dengan kebutuhan masyarakat dapat mewajibkan Tenaga Kesehatan lulusan dari perguruan tinggi yang diselenggarakan oleh Pemerintah untuk mengikuti seleksi penempatan.

- (2) Selain Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), seleksi penempatan dapat diikuti oleh Tenaga Kesehatan lulusan perguruan tinggi yang diselenggarakan oleh masyarakat.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai penempatan Tenaga Kesehatan diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Pasal 26

- (1) Tenaga Kesehatan yang telah ditempatkan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan wajib melaksanakan tugas sesuai dengan Kompetensi dan kewenangannya.
- (2) Pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan/atau kepala daerah yang membawahi Fasilitas Pelayanan Kesehatan harus mempertimbangkan pemenuhan kebutuhan sandang, pangan, papan, dan lokasi, serta keamanan dan keselamatan kerja Tenaga Kesehatan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan.

Pasal 27

- (1) Tenaga Kesehatan yang diangkat oleh Pemerintah atau Pemerintah Daerah dapat dipindahtugaskan antarprovinsi, antarkabupaten, atau antarkota karena alasan kebutuhan fasilitas pelayanan kesehatan dan/atau promosi.
- (2) Tenaga Kesehatan yang bertugas di daerah tertinggal perbatasan dan kepulauan serta daerah bermasalah kesehatan memperoleh hak kenaikan pangkat istimewa dan perlindungan dalam pelaksanaan tugas.
- (3) Dalam hal terjadi kekosongan Tenaga Kesehatan, Pemerintah atau Pemerintah Daerah wajib menyediakan Tenaga Kesehatan pengganti untuk menjamin keberlanjutan pelayanan kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan yang bersangkutan.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai pemindah tugas Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan Tenaga Kesehatan yang bertugas di daerah tertinggal perbatasan dan kepulauan serta daerah bermasalah kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Pasal 28

- (1) Dalam keadaan tertentu Pemerintah dapat memberlakukan ketentuan wajib kerja kepada Tenaga Kesehatan yang memenuhi kualifikasi akademik dan Kompetensi untuk

melaksanakan tugas sebagai Tenaga Kesehatan di daerah khusus di wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

- (2) Pemerintah dan/atau Pemerintah Daerah memberikan tunjangan khusus kepada Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1).
- (3) Tenaga Kesehatan yang diangkat oleh Pemerintah atau Pemerintah Daerah di daerah khusus berhak mendapatkan fasilitas tempat tinggal atau rumah dinas yang disediakan oleh Pemerintah Daerah.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai penugasan sebagai Tenaga Kesehatan dalam keadaan tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan tunjangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Pasal 29

- (1) Pemerintah dan/atau Pemerintah Daerah dapat menetapkan pola ikatan dinas bagi calon Tenaga Kesehatan untuk memenuhi kepentingan pembangunan kesehatan.
- (2) Ketentuan lebih lanjut mengenai pola ikatan dinas bagi calon Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Pasal 30

- (1) Pengembangan Tenaga Kesehatan diarahkan untuk meningkatkan mutu dan karier Tenaga Kesehatan.
- (2) Pengembangan Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui pendidikan dan pelatihan serta kesinambungan dalam menjalankan praktik.
- (3) Dalam rangka pengembangan Tenaga Kesehatan, kepala daerah dan pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan bertanggung jawab atas pemberian kesempatan yang sama kepada Tenaga Kesehatan dengan mempertimbangkan penilaian kinerja.

Pasal 31

- (1) Pelatihan Tenaga Kesehatan dapat diselenggarakan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat.
- (2) Pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus memenuhi program pelatihan dan tenaga pelatih yang sesuai dengan Standar Profesi dan standar kompetensi serta diselenggarakan oleh institusi penyelenggara pelatihan yang terakreditasi sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai penyelenggara pelatihan Tenaga Kesehatan, program dan tenaga pelatih sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Pasal 32

- (1) Pendayagunaan Tenaga Kesehatan Warga Negara Indonesia ke luar negeri dapat dilakukan dengan mempertimbangkan keseimbangan antara kebutuhan Tenaga Kesehatan di Indonesia dan peluang kerja bagi Tenaga Kesehatan Warga Negara Indonesia di luar negeri.
- (2) Pendayagunaan Tenaga Kesehatan Warga Negara Indonesia ke luar negeri sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

Pasal 33

Ketentuan lebih lanjut mengenai pendayagunaan Tenaga Kesehatan diatur dengan Peraturan Pemerintah.

BAB V

KONSIL TENAGA KESEHATAN INDONESIA

Pasal 34

- (1) Untuk meningkatkan mutu Praktik Tenaga Kesehatan serta untuk memberikan perlindungan dan kepastian hukum kepada Tenaga Kesehatan dan masyarakat, dibentuk Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia.
- (2) Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas konsil masing-masing Tenaga Kesehatan.
- (3) Konsil masing-masing Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) termasuk Konsil Kedokteran dan Konsil Kedokteran Gigi sebagaimana diatur dalam Undang-Undang tentang Praktik Kedokteran.
- (4) Konsil masing-masing Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dalam melaksanakan tugasnya bersifat independen.
- (5) Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertanggung jawab kepada Presiden melalui Menteri.

Pasal 35

Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia berkedudukan di ibukota negara Republik Indonesia.

Pasal 36

- (1) Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia mempunyai fungsi sebagai koordinator konsil masing-masing Tenaga Kesehatan.
- (2) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia memiliki tugas:
 - a. memfasilitasi dukungan pelaksanaan tugas konsil masing-masing Tenaga Kesehatan;
 - b. melakukan evaluasi tugas konsil masing-masing Tenaga Kesehatan; dan
 - c. membina dan mengawasi konsil masing-masing Tenaga Kesehatan.
- (3) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia memiliki wewenang menetapkan perencanaan kegiatan untuk konsil masing-masing Tenaga Kesehatan.

Pasal 37

- (1) Konsil masing-masing tenaga kesehatan mempunyai fungsi pengaturan, penetapan dan pembinaan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik Tenaga Kesehatan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.
- (2) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), konsil masing-masing Tenaga Kesehatan memiliki tugas:
 - a. melakukan Registrasi Tenaga Kesehatan;
 - b. melakukan pembinaan Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik Tenaga Kesehatan;
 - c. menyusun Standar Nasional Pendidikan Tenaga Kesehatan;
 - d. menyusun standar praktik dan standar kompetensi Tenaga Kesehatan; dan
 - e. menegakkan disiplin praktik Tenaga Kesehatan.

Pasal 38

Dalam menjalankan tugasnya, konsil masing-masing Tenaga Kesehatan mempunyai wewenang:

- a. menyetujui atau menolak permohonan Registrasi Tenaga Kesehatan;
- b. menerbitkan atau mencabut STR;

- c. menyelidiki dan menangani masalah yang berkaitan dengan pelanggaran disiplin profesi Tenaga Kesehatan;
- d. menetapkan dan memberikan sanksi disiplin profesi Tenaga Kesehatan; dan
- e. memberikan pertimbangan pendirian atau penutupan institusi pendidikan Tenaga Kesehatan.

Pasal 39

Dalam melaksanakan fungsi, tugas, dan wewenang, Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia dibantu sekretariat yang dipimpin oleh seorang sekretaris.

Pasal 40

- (1) Keanggotaan Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia merupakan pimpinan konsil masing-masing Tenaga Kesehatan.
- (2) Keanggotaan konsil masing-masing Tenaga Kesehatan terdiri atas unsur:
 - a. kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan;
 - b. kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan;
 - c. organisasi Profesi;
 - d. kolegium masing-masing Tenaga Kesehatan;
 - e. asosiasi institusi pendidikan Tenaga Kesehatan;
 - f. asosiasi fasilitas pelayanan kesehatan; dan
 - g. tokoh masyarakat.

Pasal 41

Pendanaan untuk pelaksanaan kegiatan Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia dibebankan kepada anggaran pendapatan dan belanja negara dan sumber lain yang tidak mengikat sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

Pasal 42

Ketentuan mengenai pelaksanaan tugas, fungsi, dan wewenang Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia diatur dengan Peraturan Menteri.

Pasal 43

Ketentuan lebih lanjut mengenai susunan organisasi, pengangkatan, pemberhentian, serta keanggotaan Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia dan sekretariat Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia diatur dengan Peraturan Presiden.

BAB VI

REGISTRASI DAN PERIZINAN TENAGA KESEHATAN

Bagian Kesatu

Registrasi

Pasal 44

- (1) Setiap Tenaga Kesehatan yang menjalankan praktik wajib memiliki STR.
- (2) STR sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan oleh konsil masing-masing Tenaga Kesehatan setelah memenuhi persyaratan.
- (3) Persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi:
 - a. memiliki ijazah pendidikan di bidang kesehatan;
 - b. memiliki Sertifikat Kompetensi atau Sertifikat Profesi;
 - c. memiliki surat keterangan sehat fisik dan mental;
 - d. memiliki surat pernyataan telah mengucapkan sumpah/janji profesi; dan
 - e. membuat pernyataan mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi.
- (4) STR berlaku selama 5 (lima) tahun dan dapat diregistrasi ulang setelah memenuhi persyaratan.
- (5) Persyaratan untuk Registrasi ulang sebagaimana dimaksud pada ayat (4) meliputi:
 - a. memiliki STR lama;
 - b. memiliki Sertifikat Kompetensi atau Sertifikat Profesi;
 - c. memiliki surat keterangan sehat fisik dan mental;
 - d. membuat pernyataan mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi;
 - e. telah mengabdikan diri sebagai tenaga profesi atau vokasi di bidangnya; dan
 - f. memenuhi kecukupan dalam kegiatan pelayanan, pendidikan, pelatihan, dan/atau kegiatan ilmiah lainnya.

Pasal 45

Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara Registrasi dan Registrasi ulang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 44 diatur dengan Peraturan Konsil masing-masing Tenaga Kesehatan.

Bagian Kedua

Perizinan

Pasal 46

- (1) Setiap Tenaga Kesehatan yang menjalankan praktik di bidang pelayanan kesehatan wajib memiliki izin.
- (2) Izin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan dalam bentuk SIP.
- (3) SIP sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan oleh pemerintah daerah kabupaten/kota atas rekomendasi pejabat kesehatan yang berwenang di kabupaten/kota tempat Tenaga Kesehatan menjalankan praktiknya.
- (4) Untuk mendapatkan SIP sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Tenaga Kesehatan harus memiliki:
 - a. STR yang masih berlaku;
 - b. Rekomendasi dari Organisasi Profesi; dan
 - c. tempat praktik.
- (5) SIP sebagaimana dimaksud pada ayat (2) masing-masing berlaku hanya untuk 1 (satu) tempat.
- (6) SIP masih berlaku sepanjang:
 - a. STR masih berlaku; dan
 - b. tempat praktik masih sesuai dengan yang tercantum dalam SIP.
- (7) Ketentuan lebih lanjut mengenai perizinan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Menteri.

Pasal 47

Tenaga Kesehatan yang menjalankan praktik mandiri harus memasang papan nama praktik.

Bagian Ketiga

Pembinaan Praktik

Pasal 48

- (1) Untuk terselenggaranya praktik tenaga kesehatan yang bermutu dan perlindungan kepada masyarakat, perlu dilakukan pembinaan praktik terhadap tenaga kesehatan.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh Menteri bersama-sama dengan Pemerintah Daerah, konsil masing-masing Tenaga Kesehatan, dan Organisasi Profesi sesuai dengan kewenangannya.

Bagian Keempat Penegakan Disiplin Tenaga Kesehatan

Pasal 49

- (1) Untuk menegakkan disiplin Tenaga Kesehatan dalam penyelenggaraan praktik, konsil masing-masing Tenaga Kesehatan menerima pengaduan, memeriksa, dan memutuskan kasus pelanggaran disiplin Tenaga Kesehatan.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), konsil masing-masing Tenaga Kesehatan dapat memberikan sanksi disiplin berupa:
 - a. pemberian peringatan tertulis;
 - b. rekomendasi pencabutan STR atau SIP; dan/atau
 - c. kewajiban mengikuti pendidikan atau pelatihan di institusi pendidikan kesehatan.
- (3) Tenaga Kesehatan dapat mengajukan keberatan atas putusan sanksi disiplin sebagaimana dimaksud pada ayat (2) kepada Menteri.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pengenaan sanksi disiplin sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) diatur dengan Peraturan Menteri.

BAB VII ORGANISASI PROFESI

Pasal 50

- (1) Tenaga Kesehatan harus membentuk Organisasi Profesi sebagai wadah untuk meningkatkan dan/atau mengembangkan pengetahuan dan keterampilan, martabat, dan etika profesi Tenaga Kesehatan.
- (2) Setiap jenis Tenaga Kesehatan hanya dapat membentuk 1 (satu) Organisasi Profesi.
- (3) Pembentukan Organisasi Profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

Pasal 51

- (1) Untuk mengembangkan cabang disiplin ilmu dan standar pendidikan Tenaga Kesehatan, setiap Organisasi Profesi dapat membentuk Kolegium masing-masing Tenaga Kesehatan.
- (2) Kolegium masing-masing Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan badan otonom di dalam Organisasi Profesi.
- (3) Kolegium masing-masing Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertanggung jawab kepada Organisasi Profesi.

BAB VIII

TENAGA KESEHATAN WARGA NEGARA INDONESIA LULUSAN LUAR NEGERI DAN TENAGA KESEHATAN WARGA NEGARA ASING

Bagian Kesatu

Tenaga Kesehatan Warga Negara Indonesia Lulusan Luar Negeri

Pasal 52

- (1) Tenaga Kesehatan Warga Negara Indonesia lulusan luar negeri yang akan melakukan praktik di Indonesia harus mengikuti proses evaluasi kompetensi.
- (2) Proses evaluasi kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui:
 - a. penilaian kelengkapan administratif; dan
 - b. penilaian kemampuan untuk melakukan praktik.
- (3) Kelengkapan administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a paling sedikit terdiri atas:
 - a. penilaian keabsahan ijazah oleh menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan;
 - b. surat keterangan sehat fisik dan mental; dan
 - c. surat pernyataan untuk mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi.
- (4) Penilaian kemampuan untuk melakukan praktik sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b dilakukan melalui uji kompetensi sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- (5) Tenaga Kesehatan Warga Negara Indonesia lulusan luar negeri yang telah lulus Uji Kompetensi dan yang akan melakukan praktik di Indonesia memperoleh STR.

- (6) Tenaga Kesehatan Warga Negara Indonesia lulusan luar negeri yang akan melakukan praktik sebagaimana dimaksud pada ayat (5) wajib memiliki SIP sesuai dengan ketentuan Undang-Undang ini.
- (7) STR sebagaimana dimaksud pada ayat (5) diberikan oleh konsil masing-masing Tenaga Kesehatan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- (8) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara proses evaluasi kompetensi bagi Tenaga Kesehatan Warga Negara Indonesia lulusan luar negeri sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Menteri.

Bagian Kedua

Tenaga Kesehatan Warga Negara Asing

Pasal 53

- (1) Fasilitas Pelayanan Kesehatan dapat mendayagunakan Tenaga Kesehatan warga negara asing sesuai dengan persyaratan.
- (2) Pendayagunaan Tenaga Kesehatan warga negara asing sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan mempertimbangkan: a. alih teknologi dan ilmu pengetahuan; dan b. ketersediaan Tenaga Kesehatan setempat.

Pasal 54

- (1) Tenaga Kesehatan warga negara asing yang akan menjalankan praktik di Indonesia harus mengikuti evaluasi kompetensi.
- (2) Evaluasi kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui:
 - a. penilaian kelengkapan administratif; dan
 - b. penilaian kemampuan untuk melakukan praktik.
- (3) Kelengkapan administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a paling sedikit terdiri atas:
 - a. penilaian keabsahan ijazah oleh menteri yang bertanggung jawab di bidang pendidikan;
 - b. surat keterangan sehat fisik dan mental; dan
 - c. surat pernyataan untuk mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi.
- (4) Penilaian kemampuan untuk melakukan praktik sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b dinyatakan dengan surat keterangan yang menyatakan telah mengikuti program evaluasi kompetensi dan Sertifikat Kompetensi.

- (5) Selain ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Tenaga Kesehatan warga negara asing harus memenuhi persyaratan lain sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

Pasal 55

- (1) Tenaga Kesehatan warga negara asing yang telah mengikuti proses evaluasi kompetensi dan yang akan melakukan praktik di Indonesia harus memiliki STR Sementara dan SIP.
- (2) STR sementara bagi Tenaga Kesehatan warga negara asing sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berlaku selama 1 (satu) tahun dan dapat diperpanjang hanya untuk 1 (satu) tahun berikutnya.
- (3) Tenaga Kesehatan warga negara asing sebagaimana dimaksud pada ayat (1) melakukan Praktik di Indonesia berdasarkan atas permintaan pengguna Tenaga Kesehatan warga negara asing.
- (4) SIP bagi Tenaga Kesehatan warga negara asing berlaku selama 1 (satu) tahun dan dapat diperpanjang hanya untuk 1 (satu) tahun berikutnya.

Pasal 56

Ketentuan lebih lanjut mengenai pendayagunaan dan praktik Tenaga Kesehatan warga negara asing diatur dengan Peraturan Pemerintah.

BAB IX

HAK DAN KEWAJIBAN TENAGA KESEHATAN

Pasal 57

Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik berhak:

- a. memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan Standar Profesi, Standar Pelayanan Profesi, dan Standar Prosedur Operasional;
- b. memperoleh informasi yang lengkap dan benar dari Penerima Pelayanan Kesehatan atau keluarganya;
- c. menerima imbalan jasa;
- d. memperoleh perlindungan atas keselamatan dan kesehatan kerja, perlakuan yang sesuai dengan harkat dan martabat manusia, moral, kesusilaan, serta nilai-nilai agama; e. mendapatkan kesempatan untuk mengembangkan profesinya;

- f. 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
- g. memperoleh hak lain sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

Pasal 58

- (1) Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik wajib:
 - a. memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan Standar Profesi, Standar Pelayanan Profesi, Standar Prosedur Operasional, dan etika profesi serta kebutuhan kesehatan Penerima Pelayanan Kesehatan;
 - b. memperoleh persetujuan dari Penerima Pelayanan Kesehatan atau keluarganya atas tindakan yang akan diberikan;
 - c. menjaga kerahasiaan kesehatan Penerima Pelayanan Kesehatan;
 - d. membuat dan menyimpan catatan dan/atau dokumen tentang pemeriksaan, asuhan, dan tindakan yang dilakukan; dan
 - e. merujuk Penerima Pelayanan Kesehatan ke Tenaga Kesehatan lain yang mempunyai Kompetensi dan kewenangan yang sesuai.
- (2) Kewajiban sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b dan huruf d hanya berlaku bagi Tenaga Kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perseorangan.

Pasal 59

- (1) Tenaga Kesehatan yang menjalankan praktik pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan wajib memberikan pertolongan pertama kepada Penerima Pelayanan Kesehatan dalam keadaan gawat darurat dan/atau pada bencana untuk penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan.
- (2) Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilarang menolak Penerima Pelayanan Kesehatan dan/atau dilarang meminta uang muka terlebih dahulu.

BAB X

PENYELENGGARAAN KEPROFESIAN

Bagian

Kesatu Umum

Pasal 60

Tenaga Kesehatan bertanggung jawab untuk:

- a. mengabdikan diri sesuai dengan bidang keilmuan yang dimiliki;
- b. meningkatkan Kompetensi;
- c. bersikap dan berperilaku sesuai dengan etika profesi;
- d. mendahulukan kepentingan masyarakat daripada kepentingan pribadi atau kelompok;
dan
- e. melakukan kendali mutu pelayanan dan kendali biaya dalam menyelenggarakan upaya kesehatan.

Pasal 61

Dalam menjalankan praktik, Tenaga Kesehatan yang memberikan pelayanan langsung kepada Penerima Pelayanan Kesehatan harus melaksanakan upaya terbaik untuk kepentingan Penerima Pelayanan Kesehatan dengan tidak menjanjikan hasil.

Bagian

Kedua Kewenangan

Pasal 62

- (1) Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik harus dilakukan sesuai dengan kewenangan yang didasarkan pada Kompetensi yang dimilikinya.
- (2) Jenis Tenaga Kesehatan tertentu yang memiliki lebih dari satu jenjang pendidikan memiliki kewenangan profesi sesuai dengan lingkup dan tingkat Kompetensi.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai kewenangan profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Menteri.

Pasal 63

- (1) Dalam keadaan tertentu Tenaga Kesehatan dapat memberikan pelayanan di luar kewenangannya.
- (2) Ketentuan lebih lanjut mengenai menjalankan keprofesian di luar kewenangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Menteri.

Pasal 64

Setiap orang yang bukan Tenaga Kesehatan dilarang melakukan praktik seolah-olah sebagai Tenaga Kesehatan yang telah memiliki izin.

Bagian Ketiga

Pelimpahan Tindakan

Pasal 65

- (1) Dalam melakukan pelayanan kesehatan, Tenaga Kesehatan dapat menerima pelimpahan tindakan medis dari tenaga medis.
- (2) Dalam melakukan pekerjaan kefarmasian, tenaga teknis kefarmasian dapat menerima pelimpahan pekerjaan kefarmasian dari tenaga apoteker.
- (3) Pelimpahan tindakan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) dilakukan dengan ketentuan:
 - a. tindakan yang dilimpahkan termasuk dalam kemampuan dan keterampilan yang telah dimiliki oleh penerima pelimpahan;
 - b. pelaksanaan tindakan yang dilimpahkan tetap di bawah pengawasan pemberi pelimpahan;
 - c. pemberi pelimpahan tetap bertanggung jawab atas tindakan yang dilimpahkan sepanjang pelaksanaan tindakan sesuai dengan pelimpahan yang diberikan; dan
 - d. tindakan yang dilimpahkan tidak termasuk pengambilan keputusan sebagai dasar pelaksanaan tindakan.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai pelimpahan tindakan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2), dan ayat (3) diatur dengan Peraturan Menteri.

Bagian Keempat

Standar Profesi, Standar Pelayanan Profesi, dan Standar Prosedur Operasional

Pasal 66

- (1) Setiap Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik berkewajiban untuk mematuhi Standar Profesi, Standar Pelayanan Profesi, dan Standar Prosedur Operasional.
- (2) Standar Profesi dan Standar Pelayanan Profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk masing-masing jenis Tenaga Kesehatan ditetapkan oleh organisasi profesi bidang kesehatan dan disahkan oleh Menteri.
- (3) Standar Pelayanan Profesi yang berlaku universal ditetapkan dengan Peraturan Menteri.
- (4) Standar Prosedur Operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

- (5) Ketentuan lebih lanjut mengenai penerapan Standar Profesi, Standar Pelayanan Profesi, dan Standar Prosedur Operasional diatur dengan Peraturan Menteri.

Pasal 67

- (1) Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik dapat melakukan penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan.
- (2) Penelitian dan pengembangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditujukan untuk menghasilkan informasi kesehatan, teknologi, produk teknologi, dan teknologi informasi kesehatan untuk mendukung pembangunan kesehatan.
- (3) Penelitian dan pengembangan kesehatan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

Bagian Kelima

Persetujuan Tindakan Tenaga Kesehatan

Pasal 68

- (1) Setiap tindakan pelayanan kesehatan perseorangan yang dilakukan oleh Tenaga Kesehatan harus mendapat persetujuan.
- (2) Persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan setelah mendapat penjelasan secara cukup dan patut.
- (3) Penjelasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sekurang-kurangnya mencakup:
 - a. tata cara tindakan pelayanan;
 - b. tujuan tindakan pelayanan yang dilakukan;
 - c. alternatif tindakan lain;
 - d. risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi; dan
 - e. prognosis terhadap tindakan yang dilakukan.
- (4) Persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat diberikan, baik secara tertulis maupun lisan.
- (5) Setiap tindakan Tenaga Kesehatan yang mengandung risiko tinggi harus diberikan dengan persetujuan tertulis yang ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan.
- (6) Ketentuan mengenai tata cara persetujuan tindakan Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sampai dengan ayat (5) diatur dengan Peraturan Menteri.

Pasal 69

- (1) Pelayanan kesehatan masyarakat harus ditujukan untuk kepentingan masyarakat dan tidak melanggar hak asasi manusia.
- (2) Pelayanan kesehatan masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yang merupakan program Pemerintah tidak memerlukan persetujuan tindakan.
- (3) Pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tetap harus diinformasikan kepada masyarakat Penerima Pelayanan Kesehatan tersebut.

Bagian Keenam

Rekam Medis

Pasal 70

- (1) Setiap Tenaga Kesehatan yang melaksanakan pelayanan kesehatan perseorangan wajib membuat rekam medis Penerima Pelayanan Kesehatan.
- (2) Rekam medis Penerima Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus segera dilengkapi setelah Penerima Pelayanan Kesehatan selesai menerima pelayanan kesehatan.
- (3) Setiap rekam medis Penerima Pelayanan Kesehatan harus dibubuhi nama, waktu, dan tanda tangan atau paraf Tenaga Kesehatan yang memberikan pelayanan atau tindakan.
- (4) Rekam medis Penerima Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) harus disimpan dan dijaga kerahasiaannya oleh Tenaga Kesehatan dan pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

Pasal 71

- (1) Rekam medis Penerima Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 70 merupakan milik Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- (2) Dalam hal dibutuhkan, Penerima Pelayanan Kesehatan dapat meminta resume rekam medis kepada Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

Pasal 72

Ketentuan lebih lanjut mengenai rekam medis diatur dengan Peraturan Menteri.

Bagian Ketujuh

Rahasia Kesehatan Penerima Pelayanan Kesehatan

Pasal 73

- (1) Setiap Tenaga Kesehatan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan wajib menyimpan rahasia kesehatan Penerima Pelayanan Kesehatan.
- (2) Rahasia kesehatan Penerima Pelayanan Kesehatan dapat dibuka hanya untuk kepentingan kesehatan Penerima Pelayanan Kesehatan, pemenuhan permintaan aparaturnya penegak hukum bagi kepentingan penegakan hukum, permintaan Penerima Pelayanan Kesehatan sendiri, atau pemenuhan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- (3) Ketentuan lebih lanjut tentang rahasia kesehatan Penerima Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diatur dengan Peraturan Menteri.

Bagian Kedelapan

Pelindungan bagi Tenaga Kesehatan dan Penerima Pelayanan Kesehatan

Pasal 74

Pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan dilarang mengizinkan Tenaga Kesehatan yang tidak memiliki STR dan izin untuk menjalankan praktik di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

Pasal 75

Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik berhak mendapatkan pelindungan hukum sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

Pasal 76

Pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan dalam meningkatkan dan menjaga mutu pemberian pelayanan kesehatan dapat membentuk komite atau panitia atau tim untuk kelompok Tenaga Kesehatan di lingkungan Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

BAB XI

PENYELESAIAN PERSELISIHAN

Pasal 77

Setiap Penerima Pelayanan Kesehatan yang dirugikan akibat kesalahan atau kelalaian Tenaga Kesehatan dapat meminta ganti rugi sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

Pasal 78

Dalam hal Tenaga Kesehatan diduga melakukan kelalaian dalam menjalankan profesinya yang menyebabkan kerugian kepada penerima pelayanan kesehatan, perselisihan yang timbul akibat kelalaian tersebut harus diselesaikan terlebih dahulu melalui penyelesaian sengketa di luar pengadilan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

Pasal 79

Penyelesaian perselisihan antara Tenaga Kesehatan dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

BAB XII

PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 80

Pemerintah dan Pemerintah Daerah melakukan pembinaan dan pengawasan kepada Tenaga Kesehatan dengan melibatkan konsil masing-masing Tenaga Kesehatan dan Organisasi Profesi sesuai dengan kewenangannya.

Pasal 81

- (1) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 80 diarahkan untuk:
 - a. meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Tenaga Kesehatan;
 - b. melindungi Penerima Pelayanan Kesehatan dan masyarakat atas tindakan yang dilakukan Tenaga Kesehatan; dan
 - c. memberikan kepastian hukum bagi masyarakat dan Tenaga Kesehatan.
- (2) Ketentuan lebih lanjut mengenai pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Pemerintah.

BAB XIII

SANKSI ADMINISTRATIF

Pasal 82

- (1) Setiap Tenaga Kesehatan yang tidak melaksanakan ketentuan Pasal 47, Pasal 52 ayat (1), Pasal 54 ayat (1), Pasal 58 ayat (1), Pasal 59 ayat (1), Pasal 62 ayat (1), Pasal 66

- ayat (1), Pasal 68 ayat (1), Pasal 70 ayat (1), Pasal 70 ayat (2), Pasal 70 ayat (3) dan Pasal 73 ayat (1) dikenai sanksi administratif.
- (2) Setiap Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang tidak melaksanakan ketentuan Pasal 26 ayat (2), Pasal 53 ayat (1), Pasal 70 ayat (4), dan Pasal 74 dikenai sanksi administratif. (3) Pemerintah, pemerintah daerah provinsi, dan pemerintah daerah kabupaten/kota sesuai dengan kewenangannya memberikan sanksi administratif kepada Tenaga Kesehatan dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2).
- (4) Sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berupa:
- a. teguran lisan;
 - b. peringatan tertulis;
 - c. denda administratif; dan/atau
 - d. pencabutan izin.
- (5) Tata cara pengenaan sanksi administratif terhadap Tenaga Kesehatan dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dan ayat (4) diatur dengan Peraturan Pemerintah.

BAB XIV

KETENTUAN PIDANA

Pasal 83

Setiap orang yang bukan Tenaga Kesehatan melakukan praktik seolah-olah sebagai Tenaga Kesehatan yang telah memiliki izin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 64 dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun.

Pasal 84

- (1) Setiap Tenaga Kesehatan yang melakukan kelalaian berat yang mengakibatkan Penerima Pelayanan Kesehatan luka berat dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun.
- (2) Jika kelalaian berat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengakibatkan kematian, setiap Tenaga Kesehatan dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun.

Pasal 85

- (1) Setiap Tenaga Kesehatan yang dengan sengaja menjalankan praktik tanpa memiliki STR sebagaimana dimaksud dalam Pasal 44 ayat (1) dipidana dengan pidana denda paling banyak Rp100.000.000,00 (seratus juta rupiah).
- (2) Setiap Tenaga Kesehatan warga negara asing yang dengan sengaja memberikan pelayanan kesehatan tanpa memiliki STR Sementara sebagaimana dimaksud dalam Pasal 55 ayat (1) dipidana dengan pidana denda paling banyak Rp100.000.000,00 (seratus juta rupiah).

Pasal 86

- (1) Setiap Tenaga Kesehatan yang menjalankan praktik tanpa memiliki izin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (1) dipidana dengan pidana denda paling banyak Rp100.000.000,00 (seratus juta rupiah).
- (2) Setiap Tenaga Kesehatan warga negara asing yang dengan sengaja memberikan pelayanan kesehatan tanpa memiliki SIP sebagaimana dimaksud dalam Pasal 55 ayat (1) dipidana dengan pidana denda paling banyak Rp100.000.000,00 (seratus juta rupiah).

BAB XV

KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 87

- (1) Bukti Registrasi dan perizinan Tenaga Kesehatan yang telah dimiliki oleh Tenaga Kesehatan, pada saat berlakunya Undang-Undang ini, dinyatakan masih tetap berlaku sampai habis masa berlakunya.
- (2) Tenaga Kesehatan yang belum memiliki bukti Registrasi dan perizinan wajib menyesuaikan dengan ketentuan Undang-Undang ini paling lama 2 (dua) tahun sejak Undang-Undang ini diundangkan.

Pasal 88

- (1) Tenaga Kesehatan lulusan pendidikan di bawah Diploma Tiga yang telah melakukan praktik sebelum ditetapkan Undang-Undang ini, tetap diberikan kewenangan untuk menjalankan praktik sebagai Tenaga Kesehatan untuk jangka waktu 6 (enam) tahun setelah Undang-Undang ini diundangkan.

- (2) Kewenangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat diperoleh dengan mengajukan permohonan mendapatkan STR Tenaga Kesehatan.

Pasal 89

Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia dan Komite Farmasi Nasional sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan tetap melaksanakan fungsi, tugas, dan wewenangnya sampai terbentuknya Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia.

Pasal 90

- (1) Konsil Kedokteran dan Konsil Kedokteran Gigi menjadi bagian dari Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia setelah Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia terbentuk sesuai dengan ketentuan Undang-Undang ini.
- (2) Konsil Kedokteran Indonesia sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431) tetap melaksanakan fungsi, tugas, dan wewenangnya sampai dengan terbentuknya Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia.
- (3) Sekretariat Konsil Kedokteran Indonesia sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431) tetap melaksanakan fungsi dan tugasnya sampai dengan terbentuknya sekretariat Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia.

BAB XVI

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 91

Pada saat Undang-Undang ini mulai berlaku, semua peraturan perundang-undangan yang mengatur mengenai Tenaga Kesehatan dinyatakan masih tetap berlaku sepanjang tidak bertentangan dengan ketentuan dalam Undang-Undang ini.

Pasal 92

Pada saat Undang-Undang ini mulai berlaku, Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 93

Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pasal 34 harus dibentuk paling lama 2 (dua) tahun terhitung sejak Undang-Undang ini diundangkan.

Pasal 94

Pada saat Undang-Undang ini mulai berlaku:

- a. Pasal 4 ayat (2), Pasal 17, Pasal 20 ayat (4), dan Pasal 21 Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku; dan
- b. Sekretariat Konsil Kedokteran Indonesia sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431) menjadi sekretariat Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia setelah terbentuknya Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia.

Pasal 95

Peraturan pelaksanaan dari Undang-Undang ini harus ditetapkan paling lama 2 (dua) tahun terhitung sejak Undang-Undang ini diundangkan.

Pasal 96

Undang-Undang ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan. Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Undang-Undang ini dengan penempatannya dalam Lembaran Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan Di Jakarta,

Pada Tanggal 17 Oktober 2014

PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA,

Ttd.

DR. H. SUSILO BAMBANG YUDHOYONO

Diundangkan Di Jakarta,

Pada Tanggal 17 Oktober 2014

MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA REPUBLIK INDONESIA,

Ttd. AMIR SYAMSUDIN

LEMBARAN NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2014 NOMOR 298

PENJELASAN
UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 36 TAHUN 2014
TENTANG
TENAGA KESEHATAN

I. UMUM

Undang-Undang tentang Tenaga Kesehatan ini didasarkan pada pemikiran bahwa Pembukaan UUD 1945 mencantumkan cita-cita bangsa Indonesia yang sekaligus merupakan tujuan nasional bangsa Indonesia, yaitu melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa. Salah satu wujud memajukan kesejahteraan umum adalah Pembangunan Kesehatan yang ditujukan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif.

Kesehatan merupakan hak asasi manusia, artinya, setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses pelayanan kesehatan. Kualitas pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau juga merupakan hak seluruh masyarakat Indonesia. Dengan berkembangnya ilmu pengetahuan dan teknologi, dalam rangka melakukan upaya kesehatan tersebut perlu didukung dengan sumber daya kesehatan, khususnya Tenaga Kesehatan yang memadai, baik dari segi kualitas, kuantitas, maupun penyebarannya.

Upaya pemenuhan kebutuhan Tenaga Kesehatan sampai saat ini belum memadai, baik dari segi jenis, kualifikasi, jumlah, maupun pendayagunaannya, Tantangan pengembangan Tenaga Kesehatan yang dihadapi dewasa ini dan di masa depan adalah:

1. pengembangan dan pemberdayaan Tenaga Kesehatan belum dapat memenuhi kebutuhan Tenaga Kesehatan untuk pembangunan kesehatan;
2. regulasi untuk mendukung upaya pembangunan Tenaga Kesehatan masih terbatas;
3. perencanaan kebijakan dan program Tenaga Kesehatan masih lemah;
4. kekurangserasian antara kebutuhan dan pengadaan berbagai jenis Tenaga Kesehatan;

5. kualitas hasil pendidikan dan pelatihan Tenaga Kesehatan pada umumnya masih belum memadai;
6. pendayagunaan Tenaga Kesehatan, pemerataan dan pemanfaatan Tenaga Kesehatan berkualitas masih kurang;
7. pengembangan dan pelaksanaan pola pengembangan karir, sistem penghargaan, dan sanksi belum dilaksanakan sesuai dengan yang diharapkan;
8. pengembangan profesi yang berkelanjutan masih terbatas;
9. pembinaan dan pengawasan mutu Tenaga Kesehatan belum dapat dilaksanakan sebagaimana yang diharapkan;
10. sumber daya pendukung pengembangan dan pemberdayaan Tenaga Kesehatan masih terbatas;
11. sistem informasi Tenaga Kesehatan belum sepenuhnya dapat menyediakan data dan informasi yang akurat, terpercaya, dan tepat waktu; dan
12. dukungan sumber daya pembiayaan dan sumber daya lain belum cukup.

Dalam menghadapi tantangan tersebut, diperlukan adanya penguatan regulasi untuk mendukung pengembangan dan pemberdayaan Tenaga Kesehatan melalui percepatan pelaksanaannya, peningkatan kerja sama lintas sector, dan peningkatan pengelolaannya secara berjenjang di pusat dan daerah.

Perencanaan kebutuhan Tenaga Kesehatan secara nasional disesuaikan dengan kebutuhan berdasarkan masalah kesehatan, kebutuhan pengembangan program pembangunan kesehatan, serta ketersediaan Tenaga Kesehatan tersebut. Pengadaan Tenaga Kesehatan sesuai dengan perencanaan kebutuhan diselenggarakan melalui pendidikan dan pelatihan, baik oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, maupun masyarakat, termasuk swasta.

Pendayagunaan Tenaga Kesehatan meliputi penyebaran Tenaga Kesehatan yang merata dan berkeadilan, pemanfaatan Tenaga Kesehatan, dan pengembangan Tenaga Kesehatan, termasuk peningkatan karier. Pembinaan dan pengawasan mutu Tenaga Kesehatan terutama ditujukan untuk meningkatkan kualitas Tenaga Kesehatan sesuai dengan Kompetensi yang diharapkan dalam mendukung penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia.

Pembinaan dan pengawasan mutu Tenaga Kesehatan dilakukan melalui peningkatan komitmen dan koordinasi semua pemangku kepentingan dalam pengembangan Tenaga Kesehatan serta legislasi yang antara lain meliputi sertifikasi melalui Uji Kompetensi, Registrasi, perizinan, dan hak-hak Tenaga Kesehatan.

Penguatan sumber daya dalam mendukung pengembangan dan pemberdayaan Tenaga Kesehatan dilakukan melalui peningkatan kapasitas Tenaga Kesehatan, penguatan sistem informasi Tenaga Kesehatan, serta peningkatan pembiayaan dan fasilitas pendukung lainnya.

Dalam rangka memberikan perlindungan hukum dan kepastian hukum kepada Tenaga Kesehatan, baik yang melakukan pelayanan langsung kepada masyarakat maupun yang tidak langsung, dan kepada masyarakat penerima pelayanan itu sendiri, diperlukan adanya landasan hukum yang kuat yang sejalan dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan serta sosial ekonomi dan budaya.

II. PASAL DEMI PASAL

Pasal 1

Cukup jelas.

Pasal 2

Huruf a

Yang dimaksud dengan "asas perikemanusiaan" adalah bahwa pengaturan Tenaga Kesehatan harus dilandasi atas perikemanusiaan yang berdasarkan pada Ketuhanan Yang Maha Esa dengan tidak membedakan suku, bangsa, agama, status sosial, dan ras serta tidak membedakan perlakuan terhadap perempuan dan laki-laki.

Huruf b

Yang dimaksud dengan "asas manfaat" adalah bahwa pengaturan Tenaga Kesehatan harus memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi kemanusiaan dan perikehidupan yang sehat bagi setiap orang.

Huruf c

Yang dimaksud dengan "asas pemerataan" adalah bahwa pengaturan Tenaga Kesehatan dimaksudkan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang dapat dijangkau oleh seluruh lapisan masyarakat untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Huruf d

Yang dimaksud dengan "asas etika dan profesionalitas" adalah bahwa pengaturan tenaga kesehatan harus dapat mencapai dan meningkatkan profesionalisme Tenaga

Kesehatan dalam menjalankan praktik serta memiliki etika profesi dan sikap profesional.

Huruf e

Yang dimaksud dengan "asas penghormatan terhadap hak dan kewajiban" adalah bahwa pengaturan Tenaga Kesehatan harus bertujuan untuk menghormati hak dan kewajiban masyarakat sebagai bentuk kesamaan kedudukan hukum.

Huruf f

Yang dimaksud dengan "asas keadilan" adalah bahwa pengaturan Tenaga Kesehatan harus dapat memberikan pelayanan yang adil dan merata kepada semua lapisan masyarakat dengan pembiayaan yang terjangkau.

Huruf g

Yang dimaksud dengan "asas pengabdian" adalah bahwa pengaturan Tenaga Kesehatan diarahkan agar Tenaga Kesehatan lebih mengutamakan kepentingan pemberian pelayanan kesehatan kepada masyarakat daripada kepentingan pribadi.

Huruf h

Yang dimaksud dengan "asas norma agama" adalah bahwa pengaturan Tenaga Kesehatan harus memperhatikan dan menghormati serta tidak membedakan agama yang dianut masyarakat.

Huruf i

Yang dimaksud dengan "asas perlindungan" adalah bahwa pengaturan Tenaga Kesehatan harus memberikan perlindungan yang sebesar-besarnya bagi tenaga kesehatan dan masyarakat.

Pasal 3

Cukup jelas.

Pasal 4

Cukup jelas.

Pasal 5

Cukup jelas.

Pasal 6

Cukup jelas.

Pasal 7

Cukup jelas.

Pasal 8

Huruf a

Cukup jelas.

Huruf b

Yang dimaksud dengan "Asisten Tenaga Kesehatan" adalah tenaga yang memiliki kualifikasi di bawah Diploma Tiga bidang kesehatan dan bekerja di bidang kesehatan.

Pasal 9

Cukup jelas.

Pasal 10

Cukup jelas.

Pasal 11

Ayat (1)

Huruf a

Cukup jelas.

Huruf b

Cukup jelas.

Huruf c

Cukup jelas.

Huruf d

Cukup jelas.

Huruf e

Cukup jelas.

Huruf f

Cukup jelas.

Huruf g

Cukup jelas.

Huruf h

Cukup jelas.

Huruf i

Cukup jelas.

Huruf j

Cukup jelas.

Huruf k

Cukup jelas.

Huruf l

Tenaga kesehatan tradisional yang termasuk ke dalam Tenaga Kesehatan adalah yang telah memiliki body of knowledge, pendidikan formal yang setara minimum Diploma Tiga dan bekerja di bidang kesehatan tradisional.

Huruf m

Cukup jelas.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Ayat (3)

Cukup jelas.

Ayat (4)

Jenis perawat antara lain perawat kesehatan masyarakat, perawat kesehatan anak, perawat maternitas, perawat medikal bedah, perawat geriatri, dan perawat kesehatan jiwa.

Ayat (5)

Cukup jelas.

Ayat (6)

Tenaga teknis kefarmasian meliputi sarjana farmasi, ahli madya farmasi, dan analis farmasi.

Ayat (7)

Cukup jelas.

Ayat (8)

Cukup jelas.

Ayat (9)

Cukup jelas.

Ayat (10)

Cukup jelas.

Ayat (11)

Cukup jelas.

Ayat (12)

Cukup jelas.

Ayat (13)

Cukup jelas.

Ayat (14)

Cukup jelas.

Pasal 12

Cukup jelas.

Pasal 13

Cukup jelas.

Pasal 14

Ayat (1)

Cukup jelas.

Ayat (2)

Yang dimaksud dengan "disusun secara berjenjang" adalah perencanaan yang dimulai dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Pemerintah daerah kabupaten/kota, Pemerintah daerah provinsi, sampai dengan Pemerintah secara nasional.

Ayat (3)

Pemetaan Tenaga Kesehatan ditujukan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat yang dapat dilakukan dengan cara pendataan, pengkajian, atau cara lain.

Pasal 15

Cukup jelas.

Pasal 16

Cukup jelas.

Pasal 17

Cukup jelas.

Pasal 18

Ayat (1)

Izin meliputi izin pembentukan institusi pendidikan baru, penambahan jurusan, dan program studi baru.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Ayat (3)

Yang dimaksud dengan "pembinaan teknis" adalah pembinaan teknis keprofesian untuk mencapai standar profesi atau standar Kompetensi berdasarkan kurikulum dalam proses pendidikan.

Ayat (4)

Yang dimaksud dengan "pembinaan akademik" antara lain berupa pemberian izin penyelenggaraan, kurikulum, sistem penjaminan mutu internal, dan akreditasi.

Ayat (5)

Koordinasi dalam penyusunan kurikulum pendidikan Tenaga Kesehatan dimaksudkan agar Tenaga Kesehatan dapat menjalankan kewenangannya sesuai dengan ilmu pengetahuan dan teknologi yang dibutuhkan.

Ayat (6)

Cukup jelas.

Pasal 19

Cukup jelas.

Pasal 20

Cukup jelas.

Pasal 21

Cukup jelas.

Pasal 22

Ayat (1)

Cukup jelas.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Ayat (3)

Aspek pemerataan merupakan upaya distribusi Tenaga Kesehatan sesuai dengan kebutuhan melalui proses rekrutmen, seleksi, dan penempatan.

Aspek pemanfaatan merupakan proses pemberdayaan Tenaga Kesehatan sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya.

Aspek pengembangan merupakan proses pengembangan Tenaga Kesehatan yang bersifat multidisiplin dan lintas sektor serta lintas program untuk meratakan dan meningkatkan kualitas Tenaga Kesehatan.

Pasal 23

Ayat (1)

Penempatan Tenaga Kesehatan dimaksudkan untuk mendayagunakan Tenaga Kesehatan pada daerah yang dibutuhkan, terutama daerah terpencil, tertinggal, perbatasan dan kepulauan, serta daerah bermasalah kesehatan.

Ayat (2)

Huruf a

Cukup jelas.

Huruf b

Cukup jelas.

Huruf c

Penugasan khusus adalah pendayagunaan secara khusus tenaga kesehatan dalam kurun waktu tertentu guna meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan pada daerah tertinggal, perbatasan dan kepulauan, daerah bermasalah kesehatan, serta rumah sakit kelas C atau kelas D di kabupaten/kota yang memerlukan pelayanan medis spesialis serta memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan lain oleh tenaga kesehatan.

Ayat (3)

Cukup jelas.

Ayat (4)

Cukup jelas.

Ayat (5)

Cukup jelas.

Ayat (6)

Cukup jelas.

Pasal 24

Ayat (1)

Cukup jelas.

Ayat (2)

Seleksi sebagaimana dimaksud pada ayat ini dilakukan dengan memperhatikan berbagai faktor sehingga Tenaga Kesehatan tersebut dapat memberikan manfaat kepada masyarakat dan dapat berkembang sesuai dengan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi. Faktor-faktor tersebut antara lain:

- a. kondisi geografis, meliputi daerah terpencil, sangat terpencil, daerah tertinggal, tidak diminati, serta perbatasan dan kepulauan;
- b. masalah kesehatan/pola penyakit;
- c. sarana, prasarana, dan infrastruktur yang tersedia;
- d. rasio Tenaga Kesehatan dengan luas wilayah;
- e. daerah rawan konflik atau bencana;

- f. indeks pembangunan kesehatan masyarakat daerah;
- g. kemampuan fiskal daerah; dan
- h. lama pengabdian di daerah penempatan.

Pasal 25

Cukup jelas.

Pasal 26

Cukup jelas.

Pasal 27

Ayat (1)

Cukup jelas.

Ayat (2)

Yang dimaksud dengan "pelindungan dalam pelaksanaan tugas" adalah pelindungan terhadap tenaga kesehatan berupa keamanan, keselamatan, dan kesehatan kerja dalam menjalankan tugasnya.

Ayat (3)

Cukup jelas.

Ayat (4)

Cukup jelas.

Pasal 28

Cukup jelas.

Pasal 29

Cukup jelas.

Pasal 30

Ayat (1)

Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan swasta mengembangkan dan menerapkan pola karier Tenaga Kesehatan yang dilakukan secara transparan dan terbuka.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Ayat (3)

Cukup jelas.

Pasal 31

Ayat (1)

Cukup jelas.

Ayat (2)

Dalam suatu pelatihan terdapat komponen kurikulum, pelatih, peserta, dan penyelenggara yang masing-masing harus memenuhi standar tertentu.

Ayat (3)

Cukup jelas.

Pasal 32

Cukup jelas.

Pasal 33

Cukup jelas.

Pasal 34

Cukup jelas.

Pasal 35

Cukup jelas.

Pasal 36

Cukup jelas.

Pasal 37

Ayat (1)

Fungsi pengaturan merupakan pengaturan dalam bidang teknis keprofesian.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Pasal 38

Cukup jelas.

Pasal 39

Cukup jelas.

Pasal 40

Ayat (1)

Cukup jelas.

Ayat (2)

Huruf a

Cukup jelas.

Huruf b

Cukup jelas.

Huruf c

Cukup jelas.

Huruf d

Cukup jelas.

Huruf e

Cukup jelas.

Huruf f

Yang dimaksud tokoh masyarakat adalah setiap orang yang mempunyai reputasi dan kepedulian terhadap kesehatan.

Pasal 41

Cukup jelas.

Pasal 42

Cukup jelas.

Pasal 43

Cukup jelas.

Pasal 44

Cukup jelas.

Pasal 45

Cukup jelas.

Pasal 46

Cukup jelas.

Pasal 47

Cukup jelas.

Pasal 48

Cukup jelas.

Pasal 49

Cukup jelas.

Pasal 50

Cukup jelas.

Pasal 51

Cukup jelas.

Pasal 52

Cukup jelas.

Pasal 53

Cukup jelas.

Pasal 54

Ayat (1)

Cukup jelas.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Ayat (3)

Cukup jelas.

Ayat (4)

Cukup jelas.

Ayat (5)

Yang dimaksud dengan "ketentuan peraturan perundang-undangan" antara lain berupa ketentuan peraturan perundang-undangan di bidang ketenagakerjaan dan keimigrasian.

Pasal 55

Cukup jelas.

Pasal 56

Cukup jelas.

Pasal 57

Cukup jelas.

Pasal 58

Cukup jelas.

Pasal 59

Cukup jelas.

Pasal 60

Cukup jelas.

Pasal 61

Praktik Tenaga Kesehatan dilaksanakan dengan kesepakatan berdasarkan hubungan kepercayaan antara Tenaga Kesehatan dan Penerima Pelayanan Kesehatan dalam bentuk upaya maksimal (*inspanningsverbintenis*) pemeliharaan kesehatan, pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan sesuai dengan Standar Pelayanan Profesi, Standar Profesi, Standar Prosedur Operasional, dan kebutuhan kesehatan Penerima Pelayanan Kesehatan.

Pasal 62

Ayat (1)

Yang dimaksud dengan "kewenangan berdasarkan Kompetensi" adalah kewenangan untuk melakukan pelayanan kesehatan secara mandiri sesuai dengan lingkup dan tingkat kompetensinya, antara lain:

- a. apoteker memiliki kewenangan untuk melakukan pekerjaan kefarmasian;
- b. perawat memiliki kewenangan untuk melakukan asuhan keperawatan secara mandiri dan komprehensif serta tindakan kolaborasi keperawatan dengan Tenaga Kesehatan lain sesuai dengan kualifikasinya; atau
- c. bidan memiliki kewenangan untuk melakukan pelayanan kesehatan ibu, pelayanan kesehatan anak, dan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Ayat (3)

Cukup jelas.

Pasal 63

Ayat (1)

Yang dimaksud dengan "keadaan tertentu" adalah suatu kondisi tidak adanya Tenaga Kesehatan yang memiliki kewenangan untuk melakukan tindakan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan serta tidak dimungkinkan untuk dirujuk.

Tenaga Kesehatan yang dapat memberikan pelayanan di luar kewenangannya, antara lain adalah:

- a. perawat atau bidan yang memberikan pelayanan kedokteran dan/atau kefarmasian dalam batas tertentu; atau
- b. tenaga teknis kefarmasian yang memberikan pelayanan kefarmasian yang menjadi kewenangan apoteker dalam batas tertentu.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Pasal 64

Cukup jelas.

Pasal 65

Ayat (1)

Yang dimaksud dengan Tenaga Kesehatan dalam ketentuan ini, antara lain adalah perawat, bidan, penata anestesi, tenaga keterampilan fisik, dan keteknisian medis.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Ayat (3)

Cukup jelas.

Ayat (4)

Cukup jelas.

Pasal 66

Cukup jelas.

Pasal 67

Cukup jelas.

Pasal 68

Ayat (1)

Pada prinsipnya yang berhak memberikan persetujuan adalah penerima pelayanan kesehatan yang bersangkutan. Apabila penerima pelayanan kesehatan tidak kompeten atau berada di bawah pengampuan (under curatele), persetujuan atau penolakan tindakan pelayanan kesehatan dapat diberikan oleh keluarga terdekat, antara lain suami/istri, ayah/ ibu kandung, anak kandung, atau saudara kandung yang telah dewasa. Dalam keadaan gawat darurat, untuk menyelamatkan nyawa Penerima Pelayanan Kesehatan, tidak diperlukan persetujuan. Namun, setelah Penerima Pelayanan Kesehatan sadar atau dalam kondisi yang sudah memungkinkan segera diberi penjelasan.

Dalam hal Penerima Pelayanan Kesehatan adalah anak-anak atau orang yang tidak sadar, penjelasan diberikan kepada keluarganya atau yang mengantar.

Apabila tidak ada yang mengantar dan tidak ada keluarganya, sedangkan tindakan pelayanan kesehatan harus diberikan, penjelasan diberikan kepada anak yang bersangkutan atau pada kesempatan pertama saat Penerima Pelayanan Kesehatan telah sadar.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Ayat (3)

Cukup jelas.

Ayat (4)

Cukup jelas.

Ayat (5)

Cukup jelas.

Ayat (6)

Cukup jelas.

Pasal 69

Ayat (1)

Cukup jelas.

Ayat (2)

Yang dimaksud dengan "program Pemerintah" adalah program yang merupakan keharusan untuk dilaksanakan, antara lain imunisasi dan upaya lain dalam rangka pengendalian penyakit menular, serta penanganan bencana, termasuk wabah dan kejadian luar biasa serta kegiatan surveilans.

Ayat (3)

Cukup jelas.

Pasal 70

Cukup jelas.

Pasal 71

Cukup jelas.

Pasal 72

Cukup jelas.

Pasal 73

Cukup jelas.

Pasal 74

Cukup jelas.

Pasal 75

Cukup jelas.

Pasal 76

Cukup jelas.

Pasal 77

Cukup jelas.

| | |
|--------------|-----------------|
| Cukup jelas. | Pasal 78 |
| Cukup jelas. | Pasal 79 |
| Cukup jelas. | Pasal 80 |
| Cukup jelas. | Pasal 81 |
| Cukup jelas. | Pasal 82 |
| Cukup jelas. | Pasal 83 |
| Cukup jelas. | Pasal 84 |
| Cukup jelas. | Pasal 85 |
| Cukup jelas. | Pasal 86 |
| Cukup jelas. | Pasal 87 |
| Cukup jelas. | Pasal 88 |
| Cukup jelas. | Pasal 89 |
| Cukup jelas. | Pasal 90 |
| Cukup jelas. | Pasal 91 |
| Cukup jelas. | Pasal 92 |
| Cukup jelas. | Pasal 93 |
| Cukup jelas. | Pasal 94 |

Pasal 95

Cukup jelas.

Pasal 96

Cukup jelas.

TAMBAHAN LEMBARAN NEGARA REPUBLIK INDONESIA NOMOR 5607

RIWAYAT PENULIS



Reni Agustina Harahap, Amd.Keb, SST, M.Kes. Lahir di Bagan Batu (Riau), 27 Agustus 1983. Beliau menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan Sehat Medan, D IV Kebidanan Universitas Sumatera Utara dan S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara. Saat ini beliau bekerja sebagai Dosen Tetap di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Islam Negeri Sumatera Utara.