

Hukum Kesehatan Indonesia

Kata Pengantar
Ketua Program Studi Magister Hukum Kesehatan
Pascasarjana UNPAD



PENULIS:

BENI SATRIA - REDYANTO SIDI - DEBORA EVALINCH SIGIT - SARAH IMA LONA
LUMBAN TOBING - FATHUL JANNAH - ZULMARLENI - SUDOMO COLOMBUS
SITUMORANG - ARYA TJIPTA PRANANDA - DEA AMBAR MULYANTIKA - RADEN
RORO JENNY SATYOPUTRO - CASHTRY MEHER - IYO IKO RASAKI



Hukum Kesehatan Indonesia

Beni Satria
Redyanto Sidi
Debora Evalinch Sigit
Sarah Ima Lona Lumban Tobing
Fathul Jannah
Zulmarleni
Sudomo Colombus Situmorang
Arya Tjipta Prananda
Dea Ambar Mulyantika
Raden Roro Jenny Satyoputro
Cashtry Meher
Iyo Iko Rasaki

Editor:
Indra Utama Tanjung

**UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 19 TAHUN 2002
TENTANG HAK CIPTA**

**PASAL 72
KETENTUAN PIDANA
SANKSI PELANGGARAN**

1. Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) atau Pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling singkat 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp. 1.000.000,- (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp. 5.000.000.000,- (lima miliar rupiah).

2. Barangsiapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran hak cipta atau hak terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp. 500.000.000,- (lima ratus juta rupiah).

Hukum Kesehatan Indonesia

Hak Cipta © 2023 pada penulis.

Penulis : Beni Satria, Redyanto Sidi, Debora Evalinch Sigit,
Sarah Ima Lona Lumban Tobing, Fathul Jannah, Zulmarleni,
Sudomo Colombus Situmorang, Arya Tjipta Prananda, Dea
Ambar Mulyantika, Raden Roro Jenny Satyoputro, Cashtry
Meher, Iyo Iko Rasaki

Editor : Indra Utama Tanjung

Setting dan Layout : Tim Penulis

Desainer Sampul : Tim Penulis

Diterbitkan oleh : **Edupedia Publisher**
(Anggota IKAPI No. Anggota IKAPI No. 465/JBA/2023)

ISBN : 978-623-8442-41-6

Dilarang keras mengutip, menjiplak, memfotokopi sebagian atau seluruh isi buku ini serta memperjualbelikannya tanpa mendapat izin tertulis dari

Penerbit Edupedia Publisher.

© HAK CIPTA DILINDUNGI OLEH UNDANG-UNDANG

SAMBUTAN

Ketua Program Studi Magister Hukum Kesehatan
Pascasarjana UNPAB
Dr. Redyanto Sidi Jambak, SH., MH. CPMed(Kes)

Sebagai Ketua Program Studi Magister Hukum Kesehatan, saya merasa terhormat dapat menulis kata pengantar untuk buku penting ini, yang telah disusun oleh para akademisi dan praktisi terkemuka di bidang hukum dan kesehatan. Buku ini tidak hanya merupakan sebuah karya akademis, tetapi juga sebuah sumbangan berharga bagi dunia hukum kesehatan di Indonesia.

Di dalam buku ini, pembaca akan menemukan analisis mendalam dan terkini mengenai berbagai aspek hukum kesehatan di Indonesia. Setiap bab telah ditulis dengan cermat, menggabungkan teori dan praktik, serta mencerminkan pengalaman nyata dari lapangan. Penulis buku ini, yang terdiri dari para ahli di bidangnya, telah bekerja keras untuk menyajikan perspektif yang kaya dan beragam, memastikan bahwa buku ini relevan dan informatif untuk semua pihak yang berkecimpung dalam hukum dan kesehatan.

Kami percaya bahwa buku ini akan menjadi referensi yang berharga bagi para akademisi, praktisi, mahasiswa, dan siapa saja yang tertarik dengan hukum kesehatan di Indonesia. Melalui buku ini, kami berharap dapat meningkatkan pemahaman dan kesadaran terhadap isu-isu hukum yang berkaitan dengan kesehatan, serta memberikan kontribusi positif dalam pengembangan kebijakan kesehatan yang lebih adil dan efektif di Indonesia.

Akhir kata, saya mengucapkan terima kasih kepada semua yang terlibat dalam pembuatan buku ini. Semoga buku ini dapat memberikan wawasan baru dan memperkaya diskusi akademis di bidang hukum kesehatan di Indonesia.

Medan, 01 Desember 2023
Kaprosdi Magister Hukum Kesehatan Pascasarjana UNPAB
Dr. Redyanto Sidi Jambak, SH., MH. CPMed(Kes)

DAFTAR ISI

	halaman
Sambutan	i
Daftar Isi	ii
BAB 1. Pendahuluan	1
BAB 2. Urgensi Pembekalan Pemahaman Hukum bagi Para Tenaga Kesehatan	7
BAB 3. Hukum Bedah Plastik Rekonstruksi dan Estetik : Suatu Kajian Kewajiban Dalam Pelayanan Kesehatan Masa Kini	18
BAB 4. Hukum dan Sistem Pembiayaan kesehatan	52
BAB 5. Penetapan Sanksi Pemecatan untuk Pelanggaran Etik Kedokteran	72
BAB 6. Legalitas Dokter Umum Dalam Pemeriksaan USG Dalam Praktek Sehari-hari	93
BAB 7. Hukum Bedah Plastik Rekonstruksi dan Estetik: Suatu Kajian Kewajiban Dalam Pelayanan Kesehatan Masa Kini	116
BAB 8. Aspek Hukum Kesehatan dalam Pengawasan Praktik Pelayanan Kesehatan	142
BAB 9. Problematika Yuridis Dan Prinsip Perlindungan Hukum Dalam Pelayanan Kesehatan Jarak Jauh Menggunakan Teknologi Informasi Dan Komunikasi ...	161
BAB 10. Analisis Yuridis Perlindungan Hukum Bagi Rumah Sakit Rujukan Covid-19 Dalam Menjalankan Pelayanan Kesehatan Di Masa Pandemi Covid-19	181
BAB 11. Peran Organisasi Profesi Sebelum Dan Sesudah Pemberlakuan Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan	217
Daftar Pustaka	234

BAB 1. PENDAHULUAN

Dalam dunia yang terus berubah, interseksi antara hukum dan kesehatan menjadi semakin penting. Perkembangan teknologi, perubahan sosial, dan tantangan global baru menuntut pemahaman yang lebih dalam tentang hukum kesehatan bagi para profesional di bidang ini. Buku ini merupakan sebuah upaya untuk menjembatani kesenjangan tersebut, dengan memberikan pandangan komprehensif tentang berbagai aspek hukum kesehatan yang relevan bagi praktisi kesehatan di masa kini.

Hukum kesehatan bukan hanya tentang regulasi dan kepatuhan, tetapi juga tentang memahami hak dan tanggung jawab. Para profesional kesehatan seringkali dihadapkan pada situasi di mana mereka harus membuat keputusan yang tidak hanya berlandaskan pada pertimbangan medis, tetapi juga hukum. Kesalahan dalam pengambilan keputusan dapat membawa konsekuensi hukum yang serius, termasuk

kriminalisasi tenaga kesehatan dan tuduhan malpraktik.

Kasus-kasus seperti kesalahan diagnosis, penanganan yang tidak tepat, hingga isu kekerasan dalam pelayanan kesehatan, seringkali diangkat ke permukaan dan menjadi sorotan media. Hal ini menimbulkan narasi negatif dan seringkali mengarah pada kriminalisasi tenaga kesehatan. Oleh karena itu, pemahaman yang kuat tentang hukum kesehatan menjadi sangat penting untuk melindungi para profesional serta pasien.

Buku ini dirancang sebagai referensi yang berharga bagi para praktisi kesehatan, memberikan wawasan mendalam tentang berbagai aspek hukum yang berkaitan dengan praktik medis. Dengan menggunakan pendekatan multidisiplin, buku ini mengeksplorasi berbagai tema penting, mulai dari hak asasi pasien, konsen, tanggung jawab legal dan etis tenaga kesehatan, hingga isu-isu kontemporer seperti telemedisin dan etika biomedis.

Menurut seorang pakar "Memahami hukum kesehatan adalah kunci untuk membangun praktik

medis yang tidak hanya efisien tetapi juga etis dan sesuai dengan norma hukum yang berlaku. Ini menjadi semakin penting dalam konteks globalisasi dan kemajuan teknologi yang pesat."

Dalam konteks Indonesia, hukum kesehatan masih terus berkembang. Isu-isu seperti aksesibilitas layanan kesehatan, kesetaraan dalam pengobatan, dan perlindungan data pasien, menjadi topik yang terus mendapatkan perhatian. Buku ini menghadirkan diskusi mendalam tentang bagaimana hukum kesehatan di Indonesia dapat beradaptasi dengan tantangan global serta memenuhi kebutuhan masyarakat.

Setiap pembahasan dalam buku ini akan mengeksplorasi topik tertentu, memberikan analisis yang komprehensif dan terperinci. Pembaca akan diajak untuk memahami bagaimana hukum berinteraksi dengan praktik kesehatan, bagaimana peraturan dibuat dan diterapkan, serta bagaimana hukum dapat digunakan sebagai alat untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.

Kami juga akan membahas tentang bagaimana hukum kesehatan berperan dalam mengatasi kesenjangan dalam pelayanan kesehatan, baik di tingkat nasional maupun global. Hal ini termasuk membahas tantangan dalam implementasi hukum dan bagaimana para profesional kesehatan dapat berkontribusi dalam pembentukan kebijakan kesehatan yang lebih baik.

Selain itu, buku ini juga menyoroti pentingnya pendidikan hukum kesehatan bagi para profesional kesehatan. Pendidikan yang komprehensif di bidang ini tidak hanya meningkatkan kesadaran hukum, tetapi juga membantu dalam membentuk sikap dan perilaku yang etis dan bertanggung jawab. Melalui pendekatan multidisipliner, kami berharap dapat memberikan pandangan yang holistik dan mendalam tentang hukum kesehatan.

Dengan menggabungkan wawasan dari praktisi hukum, profesional kesehatan, dan akademisi, buku ini bertujuan untuk menjadi sumber yang kaya informasi dan insight bagi semua yang berkecimpung dalam dunia kesehatan. Kami

berharap bahwa pembaca akan mendapatkan pengetahuan yang berharga dan praktis yang dapat diaplikasikan dalam praktik profesional mereka.

Isu kesehatan adalah isu yang universal, namun sering kali pendekatannya terfragmentasi. Melalui buku ini, kami berupaya untuk menyatukan berbagai perspektif dan disiplin ilmu, memberikan pandangan holistik terhadap tantangan dan solusi dalam hukum kesehatan. Dengan demikian, buku ini menjadi sangat relevan dan bermanfaat dalam konteks saat ini, di mana dunia dihadapkan pada tantangan kesehatan yang semakin kompleks dan beragam.

Selain itu, buku ini juga bertujuan untuk menjadi pemantik bagi para pembaca, khususnya para akademisi, praktisi, dan peneliti, untuk mengeksplorasi dan membahas lebih dalam topik-topik yang serupa. Kami berharap bahwa buku ini dapat menginspirasi penelitian dan studi lebih lanjut, yang pada akhirnya akan berkontribusi pada pengembangan kebijakan kesehatan dan praktik medis yang lebih baik.

Dalam menghadapi era informasi dan teknologi yang berkembang pesat, pemahaman yang mendalam tentang hukum kesehatan menjadi semakin vital. Buku ini diharapkan dapat menjadi sumber yang berharga dalam menyediakan informasi yang akurat dan terkini, serta mendorong pemikiran kritis dan diskusi produktif di antara berbagai pemangku kepentingan. Akhirnya, kami percaya bahwa buku ini akan berperan signifikan dalam meningkatkan kesadaran dan pemahaman tentang hukum kesehatan, tidak hanya di Indonesia tetapi juga di kancah internasional. Dengan demikian, buku ini tidak hanya menjadi sebuah karya akademik, tetapi juga sebuah kontribusi penting dalam upaya global untuk menciptakan dunia yang lebih sehat dan adil bagi semua.

BAB 2. Urgensi Pembekalan Pemahaman Hukum Bagi Para Tenaga Kesehatan

Memahami urgensi pembekalan pemahaman hukum bagi para tenaga kesehatan adalah suatu kebutuhan yang kian mendesak dalam konteks sosial, kesehatan, ekonomi, dan hukum di Indonesia. Saat ini, dunia kesehatan menghadapi tantangan yang kompleks, tidak hanya dari aspek medis tetapi juga aspek hukum yang sering kali terabaikan. Dalam tulisan ini, kita akan membahas latar belakang pentingnya pembekalan hukum untuk tenaga kesehatan dari berbagai sudut pandang.

Dari sudut pandang sosial, tenaga kesehatan adalah pilar utama dalam masyarakat yang tidak hanya berfungsi sebagai penyedia layanan kesehatan tetapi juga sebagai penjaga kesejahteraan sosial. Dalam menjalankan tugasnya, tenaga kesehatan sering berinteraksi dengan berbagai aspek hukum, mulai dari hukum yang mengatur tentang hak dan kewajiban pasien hingga hukum yang berkaitan dengan perlindungan data pribadi pasien. Misalnya, dalam kasus malpraktik

medis, tenaga kesehatan harus mengerti batas-batas tanggung jawab yang diatur dalam hukum. Tanpa pemahaman hukum yang memadai, mereka bisa terjerat dalam masalah hukum yang tidak hanya merugikan diri mereka sendiri tetapi juga institusi kesehatan tempat mereka bekerja.

Dari perspektif kesehatan, pemahaman hukum sangat penting untuk memastikan bahwa setiap tindakan medis yang dilakukan telah sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh hukum dan etika medis. Hal ini termasuk memahami tentang informed consent, di mana pasien harus diberikan informasi yang lengkap dan jelas mengenai tindakan medis yang akan dilakukan. Ketiadaan pemahaman yang baik tentang aspek hukum ini dapat berujung pada pelanggaran hak pasien dan berpotensi mengakibatkan tuntutan hukum terhadap tenaga kesehatan atau institusi kesehatan.

Dalam konteks ekonomi, masalah hukum yang timbul dalam sektor kesehatan bisa berdampak besar pada aspek keuangan sebuah institusi kesehatan. Misalnya, tuntutan hukum atas kasus

malpraktik dapat mengakibatkan kerugian finansial yang signifikan bagi rumah sakit atau klinik. Oleh karena itu, pemahaman hukum bagi tenaga kesehatan juga berkaitan erat dengan manajemen risiko di institusi kesehatan, yang pada akhirnya akan berpengaruh pada keberlanjutan operasional dan finansial institusi tersebut.

Selanjutnya, dari perspektif hukum, tantangan yang dihadapi tenaga kesehatan semakin kompleks, terutama dengan berkembangnya teknologi medis dan informasi. Misalnya, dengan adanya digitalisasi data kesehatan, tenaga kesehatan perlu memahami hukum tentang privasi dan perlindungan data. Selain itu, mereka juga harus mengikuti peraturan dan standar yang berlaku dalam praktik medis, yang terus berubah sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

Memahami hukum dalam konteks tenaga kesehatan bukan hanya penting, tetapi menjadi kebutuhan mendesak dalam era kesehatan modern. Dalam analisis ini, kita akan menggali lebih dalam urgensi pembekalan pemahaman hukum bagi

tenaga kesehatan, berlandaskan pada berbagai sumber hukum, buku, dan jurnal.

Tenaga kesehatan bertindak sebagai garis depan dalam masyarakat, tidak hanya dalam memberikan layanan kesehatan tetapi juga dalam memenuhi kebutuhan sosial dan emosional pasien. Dalam melakukan tugas mereka, tenaga kesehatan seringkali harus berhadapan dengan dilema hukum yang kompleks, mulai dari masalah kerahasiaan pasien hingga isu malpraktik. Ketidaktahuan atau kesalahpahaman tentang hukum dapat berakibat serius, tidak hanya bagi tenaga kesehatan itu sendiri tetapi juga bagi institusi kesehatan dan pasien yang mereka layani.

Dari sudut pandang hukum, pemahaman tentang hukum kesehatan merupakan elemen kunci yang harus dimiliki oleh setiap tenaga kesehatan. Hal ini tercantum dalam berbagai peraturan dan undang-undang. Misalnya, Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan di Indonesia menekankan tentang pentingnya perlindungan hukum bagi pasien dan tenaga kesehatan. Selain itu,

ada pula kode etik kedokteran dan keperawatan yang menjadi panduan bagi praktisi dalam menjalankan tugas profesional mereka, yang juga mengandung unsur-unsur hukum.

Salah satu aspek hukum yang paling kritis dalam praktik kesehatan adalah masalah informed consent. Informed consent adalah proses di mana pasien diberikan informasi secara lengkap dan jelas tentang prosedur medis yang akan dijalani, termasuk risiko dan manfaatnya, sebelum memberikan persetujuan. Kesalahan dalam proses informed consent dapat mengakibatkan tuntutan hukum atas dasar pelanggaran hak pasien. Di sini, pemahaman hukum menjadi sangat penting untuk memastikan bahwa semua prosedur telah dilakukan sesuai dengan standar hukum dan etika.

Masalah lain yang sering muncul adalah malpraktik. Malpraktik medis dapat didefinisikan sebagai kelalaian profesional yang menyebabkan cedera atau kerugian pada pasien. Di Indonesia, kasus malpraktik sering kali berakhir di pengadilan, yang tidak hanya mempengaruhi reputasi tenaga

kesehatan tetapi juga institusi tempat mereka bekerja. Oleh karena itu, pemahaman mendalam tentang standar praktik medis dan hukum yang berlaku sangatlah penting untuk mencegah terjadinya kasus malpraktik.

Selain itu, era digital saat ini juga membawa tantangan baru dalam konteks hukum kesehatan, khususnya terkait dengan pengelolaan dan perlindungan data pasien. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2008 tentang Informasi dan Transaksi Elektronik, misalnya, mengatur tentang bagaimana data pribadi harus dilindungi, termasuk data kesehatan pasien. Pemahaman tentang undang-undang ini penting bagi tenaga kesehatan untuk memastikan bahwa mereka tidak melanggar hukum saat menangani data pasien.

UU No 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan di Indonesia membawa perubahan signifikan dalam bidang kesehatan, termasuk dalam konteks pembekalan pemahaman hukum bagi tenaga kesehatan. Pentingnya pemahaman hukum ini tidak hanya terkait dengan pengetahuan hukum semata,

tetapi juga bagaimana hukum tersebut diintegrasikan dalam praktik kesehatan sehari-hari. UU ini menekankan perlunya kesehatan yang baik, sejahtera, dan nondiskriminatif untuk semua warga negara. Dalam konteks ini, pembekalan pemahaman hukum bagi tenaga kesehatan menjadi sangat penting.

1. Asas dan Tujuan UU No 17 Tahun 2023:

- UU ini diselenggarakan berdasarkan asas perikemanusiaan, keseimbangan, manfaat, ilmiah, etika dan profesionalitas, serta perlindungan dan keselamatan.
- Tujuannya mencakup meningkatkan perilaku hidup sehat, akses dan mutu pelayanan kesehatan, pengelolaan sumber daya manusia, serta memberikan kepastian hukum bagi pasien, tenaga kesehatan, dan masyarakat.

2. Hak dan Kewajiban Menurut UU No 17 Tahun 2023:

- Setiap orang berhak atas hidup sehat, mendapatkan informasi kesehatan, pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu, serta kerahasiaan data kesehatan pribadi.
 - Terdapat pengecualian dalam hal kerahasiaan data kesehatan, seperti untuk penegakan hukum, penanggulangan wabah, kepentingan pendidikan dan penelitian, dan lain-lain.
 - Setiap orang juga memiliki kewajiban untuk mempertahankan dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, serta mengikuti program jaminan kesehatan nasional.
3. Tanggung Jawab Pemerintah Pusat dan Daerah:
- Pemerintah bertanggung jawab merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan

mengawasi upaya kesehatan yang bermutu, aman, dan terjangkau.

- Termasuk dalam tanggung jawab ini adalah pengaturan pembinaan, pengawasan, peningkatan mutu dan kompetensi tenaga medis dan kesehatan, serta perlindungan pasien dan sumber daya manusia kesehatan.

4. Pelayanan Kesehatan Primer dan Lanjutan:

- Pelayanan kesehatan primer dan lanjutan diselenggarakan berdasarkan kebijakan yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat, dengan memperhatikan masukan dari Pemerintah Daerah dan masyarakat.
- Pemerintah bertanggung jawab menyediakan akses pelayanan kesehatan primer dan lanjutan di seluruh wilayah Indonesia.

5. Pentingnya Pembekalan Hukum bagi Tenaga Kesehatan:

- Dalam konteks UU No 17 Tahun 2023, pembekalan hukum bagi tenaga kesehatan menjadi kritis untuk memastikan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar hukum dan etika.
- Aspek hukum seperti kerahasiaan data, hak dan kewajiban pasien, serta kewajiban tenaga kesehatan dalam pelayanan kesehatan primer dan lanjutan menjadi sangat relevan.
- Pemahaman hukum ini juga penting dalam konteks pemanfaatan teknologi informasi dan komunikasi dalam pelayanan kesehatan, seperti Telekesehatan dan Telemedisin.

UU No 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan menekankan pentingnya pembekalan pemahaman hukum bagi tenaga kesehatan di Indonesia. Dengan memahami hukum, tenaga kesehatan dapat menyediakan layanan yang tidak hanya berkualitas tinggi tetapi juga mematuhi standar hukum dan etika.

Hal ini berkontribusi pada tujuan nasional untuk mewujudkan masyarakat yang sehat dan sejahtera secara lahir dan batin.

BAB 3. Hukum Bedah Plastik Rekonstruksi dan Estetik: Suatu Kajian Kewajiban Dalam Pelayanan Kesehatan Masa Kini

Tujuan utama suatu negara selalu terkait dengan upaya menghormati dan memenuhi nilai-nilai yang berkembang dalam masyarakat, yang menjadi dasar pembentukan aturan hukum. A. Hamid S. Attamimi mengungkapkan bahwa peraturan hukum atau perundang-undangan diciptakan sebagai fungsi negara untuk mewujudkan aspirasi nasional di Indonesia. Aspirasi ini tercantum dalam UUD 1945, konstitusi yang menjadi sumber utama hukum di Indonesia, yang bertujuan untuk kesejahteraan masyarakat, termasuk melalui bidang kesehatan. Indonesia, seperti yang diimpikan oleh para pendiri negara atau *founding fathers*, bertujuan menjadi negara hukum atau *rechstaat/The Rule of Law*, sesuai dengan mandat Pasal 1 Ayat (3) UUD 1945. Namun, rancangan atau cetak biru yang komprehensif tentang negara hukum Indonesia belum pernah dijabarkan secara menyeluruh. Hukum perlu dipahami dan

dikembangkan sebagai sistem yang terintegrasi. Sebagai negara hukum, Indonesia harus merumuskan sendiri paradigma pembangunan hukum yang relevan dengan kebutuhan dan perkembangan zaman.

Mahfud MD mengemukakan bahwa negara hukum Indonesia berlandaskan UUD 1945 mengadopsi konsep prismatic, mengintegrasikan unsur dari *Rechtstaat* dan *The Rule of Law*. Indonesia tidak memilih antara keduanya, melainkan menggabungkan elemen-elemen terbaik dari kedua konsep tersebut. Menurut Mahfud, pendekatan prismatic ini penting karena saat ini perbedaan substansial antara *Rechtstaat* dan *The Rule of Law* sulit dibedakan. Oleh karena itu, penegakan hukum dan keadilan sosial harus diutamakan. Hukum, sebagai alat, dianggap sebagai batasan yang membentuk perilaku hakim atau pengadilan. Dengan perkembangan masyarakat yang cepat, hukum tertulis sering kali tidak mencakup semua aspek masyarakat yang dinamis. Untuk mengatasi hal ini, muncul pemikiran dari para realis hukum.

Kontribusi pemikiran ini sangat penting dalam pengembangan hukum. Seperti yang dikatakan Thomas Hobbes dalam “Leviathan”, manusia pada dasarnya cenderung buruk dan tanpa pengaturan, mereka akan saling merugikan demi kepentingan diri sendiri.

Dalam konteks modern, tugas negara (dalam *Social Service State* atau Negara Kesejahteraan) adalah mengatur kepentingan umum untuk mencapai kemakmuran dan kesejahteraan maksimal berdasarkan keadilan dalam kerangka Negara Hukum. Salah satu aspek penting dari negara hukum adalah pengakuan dan perlindungan Hak Asasi Manusia, termasuk hak atas kesehatan. Definisi kesehatan yang diakui secara luas diberikan oleh World Health Organization (WHO). Menurut WHO, kesehatan atau *health* bukan hanya ketiadaan penyakit, melainkan “a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” (Kesehatan adalah kondisi sejahtera secara fisik, mental, dan sosial

yang memungkinkan seseorang hidup produktif secara sosial dan ekonomis).

Dalam rangka memperhatikan hak kesehatan, Pemerintah Indonesia telah merancang dan menerapkan berbagai kebijakan untuk menjamin perlindungan kesehatan bagi seluruh warganya. Ini tercermin dalam pembentukan berbagai undang-undang seperti Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Undang-Undang No.29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, dan Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Esensi dari peraturan-peraturan ini berujung pada terbentuknya Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Undang-undang ini mengakui dan menghormati hubungan kepercayaan antara penyedia layanan kesehatan dan pasien, yang telah ada sejak awal sejarah umat manusia. Dalam konteks modern, hubungan ini dikenal sebagai transaksi terapeutik, sebuah hubungan yang spesifik, didasarkan pada rasa saling menghormati dan kepercayaan, seraya dikelilingi oleh emosi, harapan, dan kekhawatiran yang mendasari

pengalaman manusia. Keberadaan dan pemeliharaan kondisi ini adalah esensial dalam penyediaan layanan kesehatan.

Transaksi terapeutik, yang menjadi dasar pemberian layanan kesehatan, merupakan interaksi timbal balik yang dijalin melalui komunikasi, di mana aspek terapeutik berarti mengandung unsur atau nilai pengobatan. Secara yuridis, transaksi terapeutik didefinisikan sebagai hubungan hukum antara dokter dan pasien dalam penyediaan layanan medis yang profesional, berlandaskan kompetensi yang sesuai dengan keahlian dan keterampilan khusus di bidang kedokteran. Layanan yang diberikan adalah bentuk pertolongan atau bantuan yang berakar pada kepercayaan pasien terhadap dokter, mencakup serangkaian tindakan medis, baik diagnostik maupun terapeutik, yang harus didasarkan pada persetujuan.

Hermien Hadiati Koeswadji mengemukakan bahwa Perjanjian Terapeutik merupakan kesepakatan untuk mencari dan menentukan terapi yang paling tepat bagi pasien. Karena transaksi

terapeutik adalah komponen utama dalam pemberian layanan medis yang berlandaskan keahlian, keterampilan, dan ketelitian, tujuannya secara inheren terkait erat dengan tujuan dari ilmu kedokteran itu sendiri. sebagaimana tersebut dibawah ini :

- a. Untuk Menyembuhkan Dan Mencegah Penyakit
Hal ini terkait dengan upaya kesehatan sebagai setiap kegiatan atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan yang diantaranya adalah untuk meningkatkan derajat kesehatan dalam bentuk pencegahan penyakit dan pengobatan penyakit, yaitu pelayanan kesehatan preventif dan kuratif.¹³ Dalam melaksanakan pelayanan kesehatan tersebut diberikan perlindungan hukum baik kepada dokter, tenaga kesehatan dan pasien. Pasal 27 Undang-Undang Kesehatan menyatakan bahwa tenaga kesehatan berhak mendapatkan imbalan dan perlindungan hukum dalam melaksanakan tugas sesuai profesinya. Hal ini juga ditegaskan

pada Pasal 50 Undang-Undang Praktik Kedokteran yang menyatakan, bahwa : dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran berhak memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional. Tindak lanjut dari dua pasal diatas adalah terhadap perlindungan pasien yang diatur dalam Pasal 58 Undang-Undang Kesehatan menyatakan, bahwa: setiap orang berhak untuk menuntut ganti rugi terhadap seseorang, tenaga kesehatan dan/atau penyelenggaraan kesehatan yang menimbulkan kerugian akibat kesalahan atau kelalaian dalam pelayanan kesehatan yang diterimanya.

b. Untuk Meringankan Penderitaan

Tindakan medik yang dilakukan dalam penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan pasien harus secara nyata ditujukan untuk memperbaiki keadaan pasien, atau agar keadaan kesehatan pasien lebih baik dari sebelumnya, maka guna meringankan

penderitaan pasien, penggunaan metode diagnostic atau terapeutik yang lebih menyakitkan seharusnya dihindarkan. Seorang pasien dapat mengharapkan bahwa seorang dokter akan membantu berupaya melakukan tindakan medik yang dapat meringankan perasaan sakitnya. Pemberian bantuan atau pertolongan untuk meringankan penderitaan ini merupakan bagian dari suatu tugas pemberi pelayanan medik professional, sehingga berlaku standar pelayanan medik yang didasarkan pada ketelitian dan sikap berhati-hati. Dengan demikian secara yuridis, apabila dokter tidak memenuhi kewajibannya dengan berbuat sesuatu yang meringankan atau mengurangi perasaan sakit, sehingga menimbulkan kerugian pada pasien, dapat dituntut ganti rugi¹⁴ sesuai Pasal 58 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

c. Untuk Mendampingi Pasien

Dokter dalam melakukan profesinya selalu dituntut berusaha sebaik mungkin dalam merawat pasiennya, dan setiap tindakan yang dilakukan harus sesuai standar kedokteran. Dokter sebagai subjek hukum mempunyai tanggungjawab hukum atas setiap perbuatan yang dilakukan, perbuatan tersebut ternyata menimbulkan kerugian terhadap pasien, maka dokter tidak dapat beralih bahwa tindakan tersebut bukan tanggungjawabnya. Tanggungjawab ini diberikan kepada pemberian layanan kesehatan terhadap pasien sebagai penerima layanan kesehatan. Dalam praktiknya sehari-hari tanggungjawab ini bertitiktolak pada ada atau tidak adanya kesalahan atau kelalaian dalam melaksanakan kewajiban professional, sehingga hal inilah yang menjadi latar belakang kenapa diperlukan upaya perlindungan hukum terhadap dokter, ketika pemberian upaya kesehatan tidak sesuai dengan harapan, tidak sesuai dengan ketiga standar, yakni : standar profesi, standar

pelayanan, dan standar operasional prosedur yang mengakibatkan terjadinya berbagai insiden keselamatan pasien yang harus diselesaikan dengan berbagai instrumen hukum, seperti hukum perdata, hukum administrasi, hukum pidana, dan secara kode etik profesi.

Sebagai perbandingan, dalam praktiknya, tindakan yang dilakukan oleh seorang dokter kepada pasien memiliki risiko kegagalan yang dapat menimbulkan akibat kecacatan bahkan kematian pasien, yang mana kegagalan tersebut dapat disebabkan adanya faktor kelalaian dari dokter dalam melakukan suatu tindakan kedokteran yang dalam sehari-hari sering disebut sebagai tindakan “malpraktik”. Tonggak sejarah kasus malpraktik di Indonesia, yakni: Kasus dr. Setyaningrum, seorang dokter umum di Puskesmas Kecamatan Wedarijaksa, Kabupaten Pati, Jawa Tengah, terjadi di awal tahun 1979 di mana pasiennya mengalami shock anafilaktik setelah penyuntikan antibiotic Streptomysin. Meski telah dilakukan penanganan

shock dengan menyuntikkan Adrenalin, Cortison, dan Delladryl, namun nyawa pasien tidak tertolong. Suami pasien yang merupakan seorang tentara melaporkan kejadian yang menimpa istrinya ke polisi. Dalam proses selanjutnya, dokter Setyaningrum dijatuhkan hukuman pidana penjara tiga bulan dengan masa percobaan 10 bulan oleh Pengadilan Negeri Pati. Selanjutnya, dalam proses banding ditahun 1982, Pengadilan Tinggi Semarang memperkuat putusan Pengadilan Negeri Pati. Namun pada proses kasasi, Mahkamah Agung membatalkan putusan Pengadilan Negri Pati dan putusan Pengadilan Tinggi Semarang yang terjadi pada tanggal 27 Juni 1984. Sejak peristiwa tersebut, bertemulah antara dunia hukum (*Themis*) dengan dunia medis (*Aesculapius*) dalam suatu wadah baru di Indonesia, menjadi suatu cabang baru dari disiplin ilmu hukum, yaitu Hukum Medis (*Medical Law*), kemudian menjadi hukum kedokteran, dan akhirnya diperluas cakupan pembahasannya menjadi Hukum Kesehatan (*Health Law* atau *Gezondheidsrecht*). Akibat kasus “Pati” inilah telah membangunkan

masyarakat dari “tidur lelapnya” yang panjang untuk mengetahui hak-hak korban di dalam dunia kedokteran maupun dunia kesehatan.

Kelalaian tindakan medik yang dilakukan oleh seorang dokter, dalam bahasa Inggris disebut dengan “*medical malpractice*”, walaupun dalam istilah lainnya disebutkan istilah “*medical negligence*”, dimana kedua istilah ini seringkali dimaknai sama walaupun sebenarnya memiliki perbedaan dari unsur kesalahan (Belanda: *schuld*) atau “*mens rea*” dari delik yang dilakukan oleh pelakunya. Yaitu apakah unsur kesalahan (*mens rea*) adalah “dengan sengaja” (Latin: *dolus*) atau “karena kealpaan” (Latin: *culpa*). Disebut sebagai “*medical malpractice*” adalah apabila tindakan tersebut dilakukan oleh pelaku “dengan sengaja”, sedangkan disebut “*medical negligence*” apabila tindakan tersebut dilakukan oleh pelaku “karena kealpaan”.

Dalam hal inilah yang banyak tidak dipahami oleh pasien ataupun keluarga pasien, dimana dalam perjanjian terapeutik tidak ada jaminan hasil atas tindakan atau pelayanan yang diberikan. Sepanjang

pelayanan yang diberikan sesuai dengan standar praktik kedokteran dan sesuai dengan standar prosedur operasional, hasil akhir (ketika pasien meninggal atau terjadi perburukan kondisi) pada dasarnya bukanlah hal yang dapat dijadikan dasar melakukan gugatan, ataupun tuntutan kepada dokter/dokter gigi. Walaupun di sisi lain, adanya unsur kelalaian dalam tindakan medik, memberikan risiko bagi para dokter terhadap sanksi hukum baik itu pidana maupun perdata. Selanjutnya, terhadap kelalaian yang dilakukan oleh dokter, berdasarkan Pasal 46 Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit dijelaskan, rumah sakit turut bertanggungjawab terhadap tindakan tenaga kesehatan, termasuk juga dokter yang bekerja di rumah sakit tersebut, yang mengakibatkan kerugian kepada pada pasien pada pasien yang ditimbulkan akibat kelalaian. Hal ini dipertegas lagi untuk kelalaian yang dilakukan oleh dokter tidak ada ketentuan pemidanaan, mekanismenya berupa ganti kerugian.

Selain itu, terdapat juga Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 585 Tahun 1983 yang menjelaskan, bahwa : seorang dokter yang dianggap melakukan kelalaian karena tindakan medis akan diperiksa melalui Komite Etik Dokter Rumah Sakit. Seorang dokter yang dituduhkan telah melakukan malpraktik, harus ada persetujuan dari Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI). Hal tersebut dokter yang bersangkutan harus disidang dulu, apakah prosedur yang dilakukan oleh seorang dokter sudah sesuai dengan standar prosedur pelaksana dan standar profesi. Apabila memang terbukti, barulah hal ini bisa dibawa ke ranah hukum. Akan tetapi, upaya penegakan hukum perlu dipikirkan untuk lebih memberdayakan peranan organisasi profesi, karena organisasi profesi akan lebih mampu membina wibawa dan moralitas profesi seseorang.

Secara hukum, kasus sengketa medis yang diajukan oleh pasien atau perwakilan hukum mereka terhadap dokter biasanya disampaikan ke pengadilan pidana atau perdata dengan tuduhan

malpraktik. Penyelesaian sengketa medis ini bisa dilakukan melalui dua jalur: litigasi, yaitu melalui proses peradilan, dan non-litigasi, yaitu di luar pengadilan. Sampai saat ini, penanganan sengketa medis umumnya masih dilakukan oleh peradilan umum. Secara normatif, kewenangan Mahkamah Agung dalam hal ini sudah diatur dalam peraturan perundang-undangan, namun masih ada gap dalam pemahaman hukum kesehatan oleh penegak hukum. Hal ini terjadi karena belum semua penegak hukum memahami hukum kesehatan dan dinamika sengketa antara dokter dengan pasien. Akibatnya, seringkali tindakan dokter yang bertujuan membantu pasien dianggap sebagai malpraktik oleh pasien atau keluarganya.

Situasi ini menyoroti bahwa setiap keuntungan memiliki risikonya. Dalam konteks medis, cara satu-satunya untuk menghindari risiko adalah dengan tidak melakukan tindakan sama sekali. Untuk dokter, memberikan layanan medis kepada pasien harus mengikuti tiga standar utama untuk menghindari tuntutan hukum di pengadilan. Independensi

peradilan, yang mencakup prinsip pemisahan kekuasaan, telah diperkuat sejak reformasi Orde Baru. Hal ini diatur dalam Pasal 18 Undang-Undang Nomor 48 Tahun 2009 tentang Kekuasaan Kehakiman yang menyatakan kewenangan Mahkamah Agung dan badan peradilan di bawahnya. Selain itu, Undang-Undang Kekuasaan Kehakiman dan Undang-Undang Mahkamah Agung juga mengatur syarat pembentukan pengadilan khusus, yang harus berdasarkan Undang-Undang.

Pasal 27 dan Pasal 8 ayat (1) Undang-Undang Nomor 49 Tahun 2009 Tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1986 tentang Peradilan Umum menegaskan prosedur pembentukan pengadilan khusus. Semua ini menjadi bahan evaluasi dalam mencari konsep ideal untuk masa depan (Ius Constituendum) dalam menyelesaikan sengketa medis, yang saat ini belum sepenuhnya mencerminkan nilai kepastian, kemanfaatan, dan keadilan hukum. Masih ada masalah krusial dalam peraturan perundang-undangan di bidang hukum dan kesehatan yang

tumpang tindih, seperti yang terlihat dalam Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, dan Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Terdapat juga ketidakpahaman aparat penegak hukum mengenai hukum kesehatan dan hukum acara pidana, yang seringkali menyebabkan salah persepsi terhadap tindakan medis yang dianggap malpraktik.

Dalam konteks ini, perlu dipertimbangkan apakah pengadilan khusus profesi medis diperlukan, sesuai dengan prinsip-prinsip yang tertuang dalam Pancasila dan UUD 1945. Pembentukan pengadilan semacam ini saat ini menghasilkan dua pandangan yang berbeda: kelompok yang mendukung dan yang menentang. Namun, perlu dipertimbangkan dengan cermat berbagai aspeknya, termasuk saran dari profesi kedokteran dan tenaga medis, dalam rangka memperbaharui hukum kesehatan nasional di Indonesia.

Pembentukan Pengadilan Khusus Profesi Medis
Pembentukan Pengadilan Tindak Pidana
Kelalaian Medis tentu saja akan melahirkan 2
(dua) kelompok yakni Pro dan Kontra. Kelompok Pro
dapat dilihat dengan meninjau wacana dari Ikatan
Dokter Indonesia (IDI) dan dokter agar segera
dibentuknya pengadilan khusus terkesan
memposisikan profesi dokter selalu berada dibawah,
padahal dari proses penyelesaian kasus sengketa
medis di pengadilan umum justru sebaliknya, posisi
pasien yang paling lemah. Hal ini terlihat dari jumlah
kasus sengketa medis yang dimenangkan dari
pihak dokter. Walaupun di beberapa putusan
pengadilan negeri kalah, tetapi upaya hukum
banding, kasasi, hingga peninjauan kembali (PK)
oleh dokter yang bersengketa, justru memenangkan
perkara tersebut. Jadi ide ini pertama kali muncul
justru dari teman-teman IDI, bukan dari MKDKI.

Meskipun, pembentukan pengadilan khusus ini
menimbulkan Pro dan Kontra, maka melalui
penelitian ini izinkanlah Peneliti berpandangan lain,
dimana Peneliti berpandangan bahwa pembentukan
pengadilan khusus ini, sesuai dengan adagium

“Salus Populi Suprema Lex Esto“, yang jika diterjemahkan kedalam Bahasa Indonesia “Keselamatan Rakyat adalah Hukum Yang Tertinggi“, karena pendekatan pembentukan ini juga menitikberatkan pada pendekatan yang terdapat dalam Amanah Undang-Undang No. 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia, yakni Hak Untuk Hidup, dan Hak Untuk Mempertahankan Kehidupan, yang kesemua ini dilakukan sebagai upaya meminimalkan kekhawatiran akan merusak sendi-sendi kehidupan berbangsa, dan bernegara yang berlandaskan Pancasila, dan Undang-Undang Dasar 1945.

Disisi lain, pembentukan peradilan khusus profesi kedokteran menunjukkan, bahwa seorang dokter memiliki hak pribadi yang sama sebagai manusia seperti manusia lainnya, yang juga melekat dan dilindungi. Secara hukum, profesi dokter diberikan hak atas profesi. Profesi merupakan suatu bidang pekerjaan yang memerlukan keahlian dan independensi yang tidak semua orang bisa melakukan. Keahlian tersebut diperoleh melalui

rangkaian pendidikan, pelatihan, serta pengalaman secara terprogram dan terukur. Hak atas profesi ini tertuang pada Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, Undang- Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Undang- Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Undang-Undang No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan. Berdasarkan uraian beberapa tabel diatas, maka dapat disimpulkan beberapa aspek yang menjadi dasar dibentuknya pengadilan khusus profesi medis, sebagai berikut :

1. Dasar Pertimbangan Filosofis

Pembentukan pengadilan khusus medis harus mengacu pada pandangan hidup Bangsa Indonesia dalam berbangsa dan bernegara, yaitu Pancasila dan Undang-Undang Dasar 1945, yang mana harus menjamin perwujudan tata kehidupan negara dan bangsa yang adil dan sejahtera, aman, tenteram dan tertib, serta menjamin kedudukan hukum yang sama bagi warga masyarakat.

2. Dasar Pertimbangan Sosiologis

Meningkatnya pemahaman akan hak pasien tidak dapat dihindarkan timbulnya sengketa medis dokter dengan dokter yang memerlukan penyelesaian yang adil dengan prosedur dan proses yang cepat, murah dan sederhana.

3. Dasar Pertimbangan Yuridis

Meninjau dari aspek yuridis pembentukan pengadilan khusus sengketa medis tidak boleh bertentangan dengan Pasal 28D, Pasal 28 H (ayat) 1 Undang-Undang Dasar 1945, Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, Undang-Undang No. 48 Tahun 2009 tentang Kekuasaan Kehakiman, Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan.

Pada Pasal 27 Undang-Undang Nomor 48 Tahun 2009 tentang Kekuasaan Kehakiman, hanya dapat dibentuk dalam salah satu lingkungan badan peradilan yang berada di bawah Mahkamah Agung dan pembentukannya harus dengan undang-undang.

Pengadilan khusus tersebut harus memiliki spesifikasi kewenangan yang jelas, tidak boleh bertentangan dengan kepentingan umum, dan bertujuan mencapai keadilan yang sama dan yang tidak berpihak pada salah satu pihak saja di hadapan pengadilan. Hal ini mengacu pada Pasal 28 D UUD 1945 yang menyebutkan, bahwa: "Setiap orang berhak atas pengakuan, jaminan, perlindungan, dan kepastian hukum yang adil serta perlakuan yang sama di hadapan hukum".

Dapat disimpulkan bahwa pembentukan suatu pengadilan khusus dapat dibentuk dengan ketentuan pengadilan tersebut berada dibawah salah satu peradilan yang ada. Hal ini agar tidak terjadinya berbenturan dengan Undang-Undang Kekuasaan Kehakiman dan memiliki kewenangan yang spesifik.

4. Dasar Pertimbangan Psikologis

Melihat dari aspek psikologi dapat di pandang dari sisi masyarakat, pasien, juga dokter. Meningkatnya kesadaran akan kesehatan dan hak atas kesehatan di masyarakat dan juga

perkembangan pada ilmu pengetahuan, dan teknologi, hal ini secara tidak langsung menuntut dokter untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan yang lebih baik. Perkembangan informasi yang begitu cepat turut serta mempengaruhi sebuah pemberitaan di masyarakat. Kondisi ini harus disikapi baik dari dokter maupun pasien. Tingkat kepercayaan pasien kepada dokter harus selalu dijaga dengan baik oleh dokter. Perlunya komunikasi yang baik dan jelas antara dokter dengan pasien, sehingga dalam upaya memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan keluhan yang diderita pasien. Begitu juga dengan pemahaman akan kondisi kesehatan pribadi pasien, turut serta mempengaruhi sebuah upaya penyembuhan, karena proses kesembuhan sebuah penyakit dipengaruhi banyak faktor, salah satunya adalah semangat dalam diri pasien untuk sembuh.

Bertitik tolak dari ke-4 (Keempat) aspek-aspek hukum pembentukan pengadilan khusus profesi medis, maka dapat disimpulkan Urgensi Pembentukan Undang-Undang tentang Tindak

Pidana Medis, sebagai berikut: Pertama, Bahwa kesehatan merupakan faktor yang mutlak diperlukan oleh masyarakat karena masyarakat yang sejahtera adalah masyarakat yang sehat. Kedua, Bahwa tercapainya masyarakat yang sehat hanyalah mungkin dengan berfungsinya secara baik tugas, kewajiban, dan kewenangan Tenaga Medis. Ketiga, Bahwa dalam menjalankan tugas, kewajiban, dan kewenangannya, tidak mustahil Tenaga Medis melakukan kelalaian yang secara langsung mengakibatkan pasien mengalami cedera atau kematian. Keempat, Bahwa atas kelalaian yang dilakukan, Tenaga Medis dapat dijatuhi sanksi pidana. Kelima, Bahwa berbagai peraturan perundang-undangan yang mengatur mengenai kesehatan dan praktik kedokteran, belum menentukan batas-batas yang pasti mengenai perbuatan lalai Tenaga Medis yang dapat disebut sebagai Tindak Pidana Kelalaian Medis.

Upaya Dalam Mewujudkan Kepastian

Mengutip pendapat Lawrence M. Friedman, seorang guru besar di Stanford University,

berpendapat bahwa; untuk mewujudkan “kepastian hukum” paling tidak haruslah didukung oleh unsur-unsur sebagai berikut, yakni substansi hukum, aparat hukum dan budaya hukum yang menjadi inti dalam suatu politik pembangunan hukum. Pembangunan hukum yang mencakup upaya-upaya pembaruan tatanan hukum di Indonesia haruslah dilakukan secara terus menerus agar hukum dapat memainkan peran dan fungsinya sebagai pedoman bertingkah laku (fungsi ketertiban) dalam hidup bersama yang imperatif dan efektif sebagai penjamin keadilan didalam masyarakat dapat dilihat dalam Rancangan Undang-Undang tentang Praktik Kedokteran Pasal 52 mengusulkan dibentuknya Peradilan Disiplin Profesi Tenaga Medis yang merupakan salah satu pelaksanaan kekuasaan kehakiman untuk menyelesaikan ada atau tidak adanya kesalahan atau kelalaian dokter dalam menyelenggarakan Praktik Kedokteran. Peradilan Disiplin Profesi Tenaga Medis dalam melaksanakan tugasnya merupakan peradilan khusus yang berkedudukan di lingkungan Peradilan Umum.

Usulan pembentukan Peradilan Disiplin Profesi Tenaga Medis mengacu pada ketentuan pembentukan pengadilan khusus pada Pasal 27 Undang-Undang Nomor 48 Tahun 2009 tentang Kekuasaan Kehakiman, bahwa pengadilan khusus hanya dapat dibentuk dalam salah satu lingkungan peradilan yang berada dibawah Mahkamah Agung.

Apabila pembentukan pengadilan khusus tersebut dibentuk, sebenarnya justru melemahkan posisi pasien dalam mencari sebuah keadilan dan pembuktian, apakah telah terjadi suatu tindakan malpraktik yang dilakukan oleh dokter, dibandingkan pada posisi dokter. Hal tersebut dapat dilihat pada hasil putusan apabila gugatan yang diajukan oleh pasien atau keluarga pasien menang dalam gugatan sengketa medis di usulan Pengadilan Disiplin Profesi Tenaga Medis pada Pasal 136 Ayat (8)-Ayat (11) RUU Praktek Kedokteran, sebagai berikut :²⁹

- 1) Dalam hal pengaduan dikabulkan, maka dalam putusan Pengadilan tersebut dapat ditetapkan

sanksi dan atau kewajiban yang harus dilakukan oleh tenaga medis yang diadukan.

- 2) Sanksi dan atau Kewajiban sebagaimana dimaksud dalam Ayat (8) dapat berupa: a. Pencabutan Surat Izin Praktik untuk waktu paling lama satu tahun, dan atau b. Pencabutan Surat Penugasan untuk waktu paling lama satu tahun, dan atau c. Kewajiban mengikuti pendidikan di fakultas kedokteran/kedokteran gigi.
- 3) Kewajiban sebagaimana dimaksud dalam Ayat (9) dapat disertai pembebanan ganti rugi atau mengganti biaya pengobatan dalam rangka rehabilitasi.
- 4) Kewajiban sebagaimana dimaksud dalam Ayat (10) paling banyak sejumlah Rp.25.000.000,- (Dua Puluh Lima Juta Rupiah).

Pasien juga melihat dari sudut pandang bahwa hakim ad hoc dan saksi ahli yang dihadirkan merupakan bagian dari teman sejawat. Hal ini dengan pertimbangan apabila hakim ad hoc diangkat dari profesi kedokteran, sehingga akan

menimbulkan pertanyaan tentang sikap independent seorang hakim ad hoc dalam mengambil keputusan. Karena sesuai penjelasan pada Pasal 5 Undang-Undang No. 48 Tahun 2009 tentang Kekuasaan Kehakiman, bahwa: seorang hakim harus memiliki integritas, jujur, adil, professional, bebas dari campur tangan pihak luar dan bebas dari segala bentuk tekanan. Ketentuan ini dimaksudkan agar putusan hakim sesuai dengan hukum dan rasa keadilan masyarakat. Secara tegas disebutkan juga pada Pasal 17 Undang-Undang No. 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia.

Pembentukan peradilan khusus untuk menyelesaikan sengketa medis seharusnya merupakan suatu bentuk perluasan terhadap yurisdiksi sebuah badan peradilan. Menurut pendapat dari Hermien Hadiati Koeswadji menyebutkan, bahwa perluasan yuridiksi ini disebabkan oleh beberapa hal:

1. Meningkatnya kesadaran masyarakat akan hak-haknya yang dilindungi oleh hukum, dan peraturan perundangan.

2. Hubungan antara kedokteran dengan hukum menjadi semakin kompleks yang mengakibatkan berbagai macam tuntutan ganti rugi atas kesalahan yang dilakukan oleh dokter.
3. Masyarakat melihat bahwa terdapat kekurangan-kekurangan dalam bidang penyelesaian sengketa medis yang terjadi.

Berdasarkan penjelasan diatas, maka dapat disimpulkan bahwa pembentukan suatu pengadilan khusus dalam menyelesaikan sengketa medis antara dokter dengan pasien, harus memperhatikan rasa keadilan bagi para pihak yang bersengketa, pasien, dan dokter. Hal ini dapat dilihat bahwa:

- a. Pembentukan pengadilan khusus harus mengacu pada Pasal 27 Ayat (2) Undang-Undang No. 48 Tahun 2009 tentang Kekuasaan Kehakiman, bahwa pembentukan pengadilan khusus hanya dapat dibentuk dalam salah satu lingkungan badan peradilan yang berada di bawah Mahkamah Agung, dan pembentukannya harus dengan Undang-Undang.

- b. Hakim Ad hoc yang akan diangkat dan saksi ahli dari tenaga medis yang akan memberikan kesaksian harus bersikap independent dalam mengambil keputusan ataupun dalam memberikan kesaksian.
- c. Harus memenuhi rasa keadilan bagi kedua belah pihak.
- d. Selain itu, juga mempertimbangkan tiga aspek utama meliputi: *Legal Substances*, *Legal Structure*, dan *Legal Culture*. Sinergi ketiga aspek tersebut diharapkan memberikan dampak yang nyata bagi penyelesaian setiap kasus sengketa medis. Selain itu menjadi fungsi preventif untuk kasus-kasus medis yang timbul di kemudian hari. Ketiga aspek ini merupakan bagian dari teori sebagaimana dikemukakan oleh Lawrence Meir Friedman seorang ahli sosiologi hukum Stanford University, sebagaimana dijabarkan sebagai berikut:³²
 - 1. Substansi hukum (*Legal Substance*). Menentuka bisa atau tidaknya hukum itu dilaksanakan, substansi juga berarti produk

yan dihasilkan oleh orang berada dalam system hukum yang mencakup keputusan yang mereka keluarkan, aturan baru yang disusun. Substansi ini juga mencakup hukum yang hidup (*living law*), bukan hanya aturan yang ada dalam Kitab Undang-Undang (*Law Books*). Dalam hal ini perlunya upaya untuk mensinergikan undang-undang terkait dengan pelayanan kesehatan, fasilitas kesehatan, dan dokter selaku *umbrella act*.

2. Struktur Hukum (*Legal Structure*). Kewenangan lembaga penegak hukum dijamin oleh Undang-Undang, sehingga dalam melaksanakan tugas dan tanggungjawabnya penegak hukum dalam hal ini adalah hakim terlepas dari pengaruh-pengaruh lain. Terdapat adagium yang menyatakan "Fiat Justicia Et Preat Mundus". Meskipun dunia runtuh hukum harus ditegakkan. Hukum tidak dapat berjalan baik apabila ada aparat hukum yang kredibilitas,

kompetensi dan independen. Seberapa bagusnya suatu peraturan perundang-undangan, tetapi bila tidak didukung dengan aparat penegak hakim yang adil, jujur, dan berkompeten, maka keadilan hanya angan-angan.

3. Budaya Hukum (*Legal Culture*)

Budaya hukum merupakan sikap manusia terhadap hukum dan kepercayaan terhadap sistem hukum, nilai, pemikiran, serta harapannya. Semakin tinggi kesadaran hukum masyarakat, maka akan tercipta budaya hukum yang baik dan dapat merubah pola pikir masyarakat mengenai hukum selama ini. Secara sederhana, tingkat kepatuhan masyarakat terhadap hukum merupakan salah satu indikator berfungsinya hukum.

Dibentuknya Pengadilan Tindak Pidana Kelalaian Medis dengan harapan, bahwa penyelesaian sengketa medis di masa mendatang harus ada putusan dan pertimbangan logika medis dan logika hukum untuk menentukan apakah sengketa medis tersebut masuk dalam kategori

insiden keselamatan pasien atau tidak, dan harus pula dilakukan kajian, bahwa penyelesaian sengketa medis dimasa mendatang dengan maksud memperluas yurisdiksi dari sebuah badan peradilan, seperti : yang menjadi dasar utama untuk dokter dapat dinyatakan bersalah bukan saja secara ketentuan hukum yang berlaku yang bersumber pada berbagai ketentuan hukum, yakni: ketentuan hukum perdata, administrasi, dan pidana. Ketentuan sanksi pidana disaat sang dokter telah menimbulkan kerugian terhadap pasien berupa cacat tubuh atau meninggalnya pasien, maka berdasarkan hal-hal tersebut, maka sangat diperlukan peran serta hukum pidana untuk menertibkan hal ini, yakni sanksi pidana sebagai pilihan utama dalam proses penyelesaian sengketa medis.

Sanksi pidana sebagai pilihan utama dalam penyelesaian sengketa medis harus menitikberatkan pada pertanggungjawaban dokter dan pasien, ataupun dokter dengan rumah sakit terhadap insiden keselamatan pasien yang terkait pada batas keselamatan pasien, sehingga perlu

mengkaji mengenai perlindungan dan pelayanan kesehatan sebenarnya bukan merupakan hal yang mudah, karena persoalan kesehatan adalah menyangkut keselamatan terhadap tubuh dan nyawa manusia. Mencegah masyarakat menjadi korban kejahatan bukanlah semata-mata tanggungjawab dari kepolisian. Dengan demikian kebijakan kesehatan di Indonesia adalah merupakan acuan bagi pelaksanaan tugas-tugas mengurus dan mengatur oleh pemerintah dalam rangka kewajiban negara merealisasikan hak atas derajat kesehatan yang optimal yang bertujuan akhir sebagai upaya untuk mencapai sebuah kepastian hukum, yang merupakan pengejawantahan cita hukum yang dianut dalam masyarakat, cita hukum bangsa Indonesia berakar dari Pancasila sebagai landasan kefilosofan dalam menata kerangka dan struktur dasar hukum sebagaimana yang dirumuskan dalam UUD 1945.

BAB 4. Hukum dan Sistem Pembiayaan Kesehatan

Kesehatan merupakan kebutuhan mendasar dari setiap manusia untuk dapat hidup layak, produktif, serta mampu bersaing untuk meningkatkan taraf hidupnya. Perkembangan teknologi dalam bidang kesehatan berjalan dengan pesat dalam abad terakhir ini, yang manfaatnya dapat dinikmati oleh masyarakat luas. Namun demikian jangkauan pelayanan kesehatan ini masih terbatas; artinya masih banyak masyarakat yang belum mampu menikmati pelayanan kesehatan yang bermutu. Untuk dapat mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya perlu diselenggarakan berbagai upaya kesehatan dengan menghimpun seluruh potensi bangsa Indonesia. Pemerintah melalui Kementerian Kesehatan RI telah menetapkan visi masyarakat sehat yang mandiri dan berkeadilan dengan salah satu strateginya meningkatkan pembiayaan pembangunan kesehatan. Badan kesehatan dunia (WHO) telah mengadakan analisis sistem kesehatan ke berbagai

negara dengan dihasilkan bahwa mutu sistem pelayanan kesehatan tidak semata-mata ditentukan oleh besarnya biaya yang dikeluarkan untuk pembiayaan kesehatan tersebut.

Hukum dan masyarakat merupakan dua entitas yang berbeda. Keduanya memiliki peran dan fungsi masing-masing dalam kehidupan. Akan tetapi keduanya tidak bisa dipisahkan satu sama lain, karena keduanya saling membutuhkan. Keberadaan hukum juga membutuhkan keberadaan masyarakat. Sebaliknya, masyarakat tanpa hukum hanyalah sekumpulan hewan-hewan liar. Karena itulah hukum dan masyarakat tidak bisa dipisahkan. Artinya, eksistensi hukum sangat membutuhkan keberadaan masyarakat dalam menjalankan fungsinya. Sedangkan masyarakat membutuhkan hukum agar tercipta tata kehidupan yang baik dan tertib.

Pembiayaan dalam kesehariannya selalu berkaitan dengan bisnis ekonomi. Melihat pembiayaan dari segi kemanfaatan fasilitas pembiayaan yakni profitable dan non profitable

(Supriyadi, 2003). Pembiayaan atau financing ialah pendanaan yang diberikan oleh suatu pihak kepada pihak lain untuk mendukung investasi yang telah direncanakan, baik dilakukan sendiri maupun lembaga. Dengan kata lain, pembiayaan adalah pendanaan yang dikeluarkan untuk mendukung investasi yang telah direncanakan Istilah pembiayaan pada intinya berarti I believe, I trust, saya percaya, saya menaruh kepercayaan. Perkataan pembiayaan yang berarti (trust) berarti lembaga selaku sahib al-mal menaruh kepercayaan kepada seseorang untuk melaksanakan amanah yang diberikan (Ilyas, 2015). Pembiayaan kesehatan adalah dasar kemampuan sistem kesehatan untuk memelihara dan meningkatkan kesejahteraan manusia. Untuk memahami sifat dari indikator yang dapat digunakan untuk memantau dan mengevaluasi pembiayaan sistem kesehatan membutuhkan penilaian eksplisit tentang harapan apa yang akan dicapai Salah satu sub sistem kesehatan nasional adalah subsistem pembiayaan kesehatan.

Ditinjau dari definisi sehat, sebagaimana yang dimaksud oleh WHO maka pembiayaan pembangunan perumahan dan atau pembiayaan pengadaan pangan, yang karena dan juga memiliki dampak terhadap derajat kesehatan, seharusnya turut pula diperhitungkan. Pada akhir- akhir ini, dengan makin bertambahnya sumber dana yang tersedia, maka perhatian terhadap sub sistem pembiayaan kesehatan makin meningkat. Pembiayaan kesehatan merupakan salah satu bidang ilmu dari ekonomi kesehatan (health economy). Yang dimaksud dengan biaya kesehatan adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat. Sumber biaya kesehatan dapat berasal dari anggaran pemerintah, anggaran masyarakat, bantuan dari dalam dan luar negeri, serta gabungan anggaran pemerintah dan masyarakat. Pembiayaan kesehatan harus kuat, stabil, dan selalu berkesinambungan untuk menjamin

terselenggaranya kecukupan (adequacy), pemerataan (equity), efisiensi (efficiency), dan efektifitas (effectiveness) pembiayaan kesehatan itu sendiri. Hal yang penting dalam pembiayaan kesehatan adalah cara memanfaatkan biaya tersebut secara efektif dan efisien dari aspek ekonomi dan sosial serta dapat dinikmati oleh seluruh masyarakat yang membutuhkan. Oleh karena itu, syarat pokok dalam pembiayaan kesehatan haruslah saling berkesinambungan. Syarat pokok dari pembiayaan kesehatan adalah jumlah yang cukup yang dapat membiayai penyelenggaraan semua upaya kesehatan yang dibutuhkan serta tidak menyusahkan masyarakat yang ingin memanfaatkannya, penyebaran dana yang harus sesuai dengan kebutuhan dan pemanfaatan yang optimal agar dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang baik. Sedangkan fungsi pembiayaan kesehatan adalah penggalan dana untuk upaya kesehatan masyarakat, pengalokasian dana yang bersumber dari pemerintah ataupun dari masyarakat dan

pembelanjaan untuk pemeliharaan kesehatan masyarakat

Atas dasar latar belakang seluruh uraian tersebut diatas penulis pada kesempatan ini mencoba membatasi kepada persoalan Bagaimanakah Sistem Pembiayaan kesehatan untuk mewujudkan Universal Health Coverage (UHC) Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Pendekatan yang bertujuan untuk mendeskripsikan dan menganalisis fenomena, peristiwa, atau aktivitas social yang berlangsung dimasyarakat. Metode yang digunakan untuk meneliti kondisi obyek yang dialami yang dilakukan secara langsung oleh peneliti

Fungsi Dari Sistem Pembiayaan Kesehatan

Pembiayaan kesehatan memiliki fungsi dasar pengumpulan pendapatan, perhimpunan penghasilan dan pembelian barang-barang dan jasa (The World Bank, 2006). Fungsi-fungsi ini sering melibatkan interaksi kompleks antarsektor kesehatan. Oleh karena itu, fungsifungsi ini dapat memberikan kesempatan bagi sektor kesehatan

untuk melakukan reformasi (The World Bank, 2006). Antisipasi dari pengeluaran kesehatan di masa depan dan sumber pendanaan itu penting untuk kebijakan kesehatan yang efektif. Dengan perkiraan pengeluaran yang andal, pembuat keputusan dapat menyesuaikan perencanaan dan proses jangka panjang. Investasi dapat dilakukan secara strategis untuk mengatasi kekurangan atau meningkatkan pertumbuhan di tahun-tahun mendatang. Karena ketergantungan pada pembayaran kesehatan dari kantong telah terbukti mengurangi akses ke layanan kesehatan dan meningkatkan pemiskinan medis di beberapa rangkaian, memahami bagaimana dana akan dikumpulkan.

Berbagai fungsi yang disusun dapat berimplikasi penting terhadap sistem kesehatan, namun hal itu tergantung pada:

- a. Jumlah dana yang tersedia (saat ini dan di masa mendatang) dan tingkat layanan serta perlindungan keuangan (dalam dan luasnya cakupan) bagi penduduk;

- b. Keadilan, (equity- yang menanggung pajak atau beban pendapatan) dengan dana digunakan untuk membiayai sistem;
- c. Efisiensi ekonomi dari usaha peningkatan pendapatan dalam hal menciptakan distorsi atau kerugian ekonomi (kelebihan beban perpajakan);
- d. Tingkat pengumpulan biaya (subsidi risiko, asuransi) dan pembayaran (subsidi ekuitas);
- e. Nomor dan jenis jasa yang dibeli dan dikonsumsi sehubungan dengan pengaruhnya terhadap hasil kesehatan dan biaya (biaya efektivitas dan efisiensi alokasi layanan);
- f. Efisiensi teknis produksi layanan (tujuan menghasilkan setiap layanan dengan biaya rata- rata minimum);
- g. Akses keuangan dan fisik untuk layanan oleh penduduk (termasuk akses ekuitas, manfaat insiden)

Di dalam World Health Report (2000), WHO mengkategorikan sistem kesehatan ke dalam 4

prinsip fungsi kesehatan (kepengurusan, penciptaan sumber daya, pelayanan, dan pembiayaan) dan 3 prinsip objektif (kesehatan, kontribusi keuangan yang adil, dan tanggap terhadap dugaan nonmedis seseorang). Pembiayaan merupakan fungsi sistem utama yang terdiri dari mengumpulkan, menghimpun, dan membeli. Faktor-faktor yang mempengaruhi pembiayaan kesehatan adalah penggabungan yang kompleks dari institusi, demografi, sosial ekonomi, lingkungan, tekanan eksternal, dan faktor politik. Demografi, nilai-nilai sosial, faktor lingkungan, dan kegiatan ekonomi merupakan penentu yang penting dari kedua pembiayaan kesehatan wajib dan sukarela, tetapi struktur politik dan tekanan eksternal juga sangat penting dalam penentu sifat, skala, dan efektivitas pembiayaan kesehatan.

Pelayanan kesehatan memiliki beberapa ciri yang tidak memungkinkan setiap individu untuk menanggung pembiayaan pelayanan kesehatan pada saat diperlukan:

1. Kebutuhan pelayanan kesehatan muncul secara sporadik dan tidak dapat diprediksikan, sehingga tidak mudah untuk memastikan bahwa setiap individu mempunyai cukup uang ketika memerlukan pelayanan kesehatan. Modal VS Penghasilan Partisipasi pasar tenaga kerja Ekonomi Informal Defisit publik Korupsi Pengangguran Serikat Pekerja Struktur pasar tenaga kerja Tekanan Luar IMF WHO EMU Dukungan untuk negara yang sejahtera Pembayaran informal Aturan Hukum Status Keprofesionalan Struktur Rumah Tangga Rasio Ketergantungan Urbanisasi Faktor lingkungan Perang Bencana Alam Korupsi Stabilitas Politik Proses Kebijakan Desentralisasi Kapasitas Admisitrasi Potensi Pendapatan 1
2. Biaya pelayanan kesehatan pada kondisi tertentu juga sangat mahal, misalnya pelayanan di rumah sakit maupun pelayanan kesehata canggih (operasi dan tindakan khusus lain). Kondisi emergensi dan keadaan sakit jangka

panjang yang tidak akan mampu ditanggung pembiayaannya oleh masyarakat umum.

3. Orang miskin tidak saja lebih sulit menjangka pelayanan kesehatan, tetapi juga lebih membutuhkan pelayanan kesehatan karena rentan terjangkau berbagai permasalahan kesehatan karena buruknya kondisi gizi perumahan.
4. Apabila individu menderita sakit dapat mempengaruhi kemampuan untuk berfungsi termasuk bekerja, sehingga mengurangi kemampuan membiayai. (Departemen Kesehatan, 2015)

Berdasarkan karakteristik tersebut, sebuah sistem pembiayaan pelayanan kesehatan haruslah bertujuan untuk:

1. Risk spreading,

pembiayaan kesehatan harus mampu meratakan besaran resiko biaya sepanjang waktu sehingga besaran tersebut dapat terjangkau oleh setiap rumah tangga. Artinya sebuah sistem pembiayaan harus mampu memprediksikan resiko

kesakitan individu dan besarnya pembiayaan dalam jangka waktu tertentu (misalnya satu tahun). Kemudian besaran tersebut diratakan atau disebarakan dalam tiap bulan sehingga menjadi premi (iuran, tabungan) bulanan yang terjangkau.

2. Risk pooling,

beberapa jenis pelayanan kesehatan (meskipun resiko rendah dan tidak merata) dapat sangat mahal misalnya hemodialisis, operasi spesialis (jantung koroner) yang tidak dapat ditanggung oleh tabungan individu (risk spreading). Sistem pembiayaan harus mampu menghitung dengan mengakumulasikan resiko suatu kesakitan dengan biaya yang mahal antar individu dalam suatu komunitas sehingga kelompok masyarakat dengan tingkat kebutuhan rendah (tidak terjangkau sakit, tidak membutuhkan pelayanan kesehatan) dapat mensubsidi kelompok masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan. Secara sederhana, suatu sistem pembiayaan akan menghitung resiko terjadinya masalah kesehatan dengan biaya mahal dalam satu komunitas, dan

menghitung besaran biaya tersebut kemudian membaginya kepada setiap individu anggota komunitas. Sehingga sesuai dengan prinsip solidaritas, besaran biaya pelayanan kesehatan yang mahal tidak ditanggung dari tabungan individu tapi ditanggung bersama oleh masyarakat.

3. Connection between ill-health and poverty,

karena adanya keterkaitan antara kemiskinan dan kesehatan, suatu sistem pembiayaan juga harus mampu memastikan bahwa orang miskin juga mampu pelayanan kesehatan yang layak sesuai standar dan kebutuhan sehingga tidak harus mengeluarkan pembiayaan yang besarnya tidak proporsional dengan pendapatan. Pada umumnya di negara miskin dan berkembang hal ini sering terjadi. Orang miskin harus membayar biaya pelayanan kesehatan yang tidak terjangkau oleh penghasilan mereka dan juga memperoleh pelayanan kesehatan di bawah standar.

4. Fundamental importance of health,

kesehatan merupakan kebutuhan dasar dimana individu tidak dapat menikmati kehidupan

tanpa status kesehatan yang baik. Pembiayaan kesehatan untuk mewujudkan Universal Health Coverage (UHC) Pengertian UHC yang telah disepakati secara global melalui WHO, Universal Health Coverage atau Cakupan Kesehatan Semesta adalah seluruh masyarakat memiliki akses ke pelayanan kesehatan yang mereka butuhkan, kapan saja dan dimana saja mereka membutuhkannya tanpa kesulitan finansial. Universal Health Coverage (UHC) merupakan sistem kesehatan 1 yang memastikan setiap warga di dalam populasi memiliki akses yang adil terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu seperti yang dijamin undang-undang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan dilaksanakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

Jauh sebelum sistem jaminan sosial nasional tersebut rampung, pemerintah daerah sudah lebih dulu menerapkan sistem jaminan bidang kesehatan bagi masyarakat daerah yang dikenal dengan Jaminan kesehatan daerah (Jamkesda). Menghadapi tantangan menuju UHC, maka

pemerintah menyusun strategi dengan pengintegrasian Jamkesda kedalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang akan dikelola secara terpusat oleh BPJS, namun kebijakan tersebut tidak didukung oleh kondisi yang ada di daerah, pemerintah pusat dihadapkan pada variasi sistem Jamkesda yang meliputi sistem pengelolaan, paket manfaat yang diterima peserta jamkesda, dan sasaran penerima bantuan iuran (PBI).

Variasi sistem tersebut dipengaruhi oleh faktor kemampuan fiskal daerah, komitmen pimpinan daerah serta penyesuaian regulasi antara daerah dengan pusat. Polemik yang timbul akibat kebijakan sistem integrasi yang dicanangkan pemerintah pusat tersebut akan dapat dicegah dengan pengelolaan sistem yang baik dan tepat sasaran yakni sistem terpusat yang dinamis, dimana pemerintah pusat tetap memberikan ruang kepada daerah untuk menentukan arah kebijakan mereka sesuai kondisi masing-masing daerah tersebut.

Undang-Undang Nomor No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN)

di Indonesia telah menjawab prinsip dasar UHC dengan mewajibkan setiap penduduk memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan yang menyeluruh atau komprehensif. 1 Pengembangan arah sistem pembiayaan kesehatan seperti yang termaktub dalam UUSJSN, bukan hanya meliputi peran pemerintah pusat tetapi juga menuntut peran pemerintah daerah (provinsi dan kabupaten/kota). Hal ini dapat dilihat dalam pasal 22 Undang-undang No.32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah yang menyebutkan bahwa pemerintah daerah berkewajiban mengembangkan sistem jaminan sosial yang didalamnya termasuk sistem jaminan kesehatan.

Peran pemerintah daerah untuk menyelenggarakan sistem jaminan sosial semakin menguat dengan dikabulkannya tinjauan undang-undang (judicial review) atas UU No. 24 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) oleh Mahkamah Konstitusi Republik Indonesia. Berdasarkan putusan Mahkamah Konstitusi RI dan untuk menindak lanjuti amanat tersebut maka

ditetapkanlah kewajiban daerah dan prioritas belanjanya untuk mengembangkan sistem jaminan sosial berdasarkan Pasal 22 huruf h dan Pasal 167 Undang- Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah.

Upaya mengembangkan sistem jaminan sosial di daerah untuk mewujudkan cakupan UHC agar semua penduduk terlindungi, hendaknya disadari sebagai pelaksanaan kewajiban oleh semua konstitusional. Berdasarkan dasar hukum tersebut di atas maka pemerintahan daerah banyak yang telah mengambil tindakan untuk mengembangkan sistem pembiayaan kesehatan di daerah berupa Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Sampai dengan tahun 2010. Kementerian Kesehatan mencatat ada 352 kabupaten/kota dari 33 provinsi yang telah mengembangkan Jamkesda. Persentase penduduk 1 yang dijamin melalui berbagai program perlindungan kesehatan, sampai Desember 2012 mencapai 59% dari jumlah penduduk di Indonesia (Kemenkes RI, 2011).

Dengan demikian, masih ada 41% penduduk Indonesia yang belum memiliki jaminan kesehatan. Kajian yang dilakukan Gani dkk. (2008) menemukan bahwa terdapat variasi model Jamkesda yang dikembangkan di kabupaten/kota dan provinsi. Variasi yang terjadi meliputi berbagai aspek seperti badan pengelola, paket manfaat, manajemen kepesertaan, pembiayaan, iuran, dan pooling of resource. Dari segi manajemen pengelolaan, di akhir tahun 2011 pemerintah telah mengesahkan Undang-undang No. 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (UU BPJS) untuk melaksanakan amanah konstitusi UU No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) . Mencapai UHC masih menjadi tantangan bagi Indonesia.

Berdasarkan hasil analisis, ditemukan lima temuan yang perlu ditangani. Pertama, kesadaran masyarakat akan kesehatan fasilitas yang disediakan pemerintah masih kurang. Hal ini terlihat dari pemeriksaan serviks indikator kanker, dengan indeks nasional hanya sembilan. Kedua, prevalensi

merokok yang tinggi dan tidak sehat gaya hidup berkontribusi secara signifikan terhadap rendahnya indeks untuk penyakit tidak menular. Ketiga, Out-of-Pocket pengeluaran untuk perawatan kesehatan di Indonesia masih tinggi, menghambat upaya pemberian perlindungan finansial, dengan hampir 13 juta orang menghabiskan lebih dari 10% dari total konsumsi mereka untuk layanan kesehatan. Keempat, adanya kesenjangan antara provinsi di Jawa dan Indonesia bagian barat dengan daerah lain.

Ini disparitas terjadi akibat distribusi kesehatan yang tidak merata pekerja dan infrastruktur yang tidak memadai di daerah miskin. Kelima, provinsi dengan indeks cakupan layanan yang rendah cenderung memiliki belanja bencana yang rendah untuk kesehatan, dan sebaliknya. Misalnya Papua dan Nusa Tenggara Timur, provinsi dengan angka kemiskinan tinggi dan pelayanan rendah indeks cakupan dengan pengeluaran katastrofik rendah. Rendahnya insiden bencana dapat menunjukkan akses ke kesehatan layanan tidak memadai karena kondisi geografis,

infrastruktur kesehatan yang buruk, dan ketimpangan kesehatan pada mereka kemampuan untuk mencari perawatan kesehatan terbatas karena rendahnya situasi keuangan.

BAB 5. Penetapan Sanksi Pemecatan Untuk Pelanggaran Etik Kedokteran

Suatu pelanggaran etik yang dinilai berat senantiasa tersusun atas akumulasi dan eskalasi dari perilaku pelanggaran etik dengan bobot di bawahnya (sedang dan ringan). Oleh karena itu, penetapan sanksi etik lebih menjunjung keadilan jika juga diberlakukan akumulatif dan eskalatif. Hal ini memastikan bahwa setiap pelanggaran etik akan mendapatkan sanksi yang berfokus pada pembinaan perilaku, karena tujuan utama dari pemberian sanksi sejatinya ialah perubahan karakter dan perilaku untuk menjadi lebih baik, demikian pula tujuan utama Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Ikatan Dokter Indonesia (MKEK IDI) yang adalah pembinaan perilaku dan karakter dokter menjadi lebih mulia. pembagian sanksi etik menjadi tiga kategori: kategori 1 (pembinaan perilaku), kategori 2 (penginsafan tanpa pemecatan), dan kategori 3 (penginsafan dengan pemecatan sementara), yang cocok untuk masing-masing pelanggaran etik

ringan, sedang, dan berat, serta sistem pemberlakuannya yang akumulatif.

Hukum dan masyarakat merupakan dua entitas yang berbeda. Keduanya memiliki peran dan fungsi masing-masing dalam kehidupan. Akan tetapi keduanya tidak bisa dipisahkan satu sama lain, karena keduanya saling membutuhkan. Keberadaan hukum juga membutuhkan keberadaan masyarakat. Sebaliknya, masyarakat tanpa hukum hanyalah sekumpulan hewan-hewan liar. Karena itulah hukum dan masyarakat tidak bisa dipisahkan. Artinya, eksistensi hukum sangat membutuhkan keberadaan masyarakat dalam menjalankan fungsinya. Sedangkan masyarakat membutuhkan hukum agar tercipta tata kehidupan yang baik dan tertib.

Masyarakat Indonesia membutuhkan pelayanan kedokteran berkualitas yang tidak hanya bertumpu pada faktor ketersediaan obat dan alat mutakhir serta ilmu dan keterampilan yang mumpuni saja, tetapi juga nilai intrinsik profesi luhur

kedokteran yang sangat penting yaitu kristalisasi nilai-nilai etika kedokteran luhur yang diejawantahkan segenap individu dokter kepada pasien dan masyarakat luas. Oleh karena itu, nilai intrinsik etika kedokteran nan luhur ini harus selalu dipahat dan diukir indah, dalam bentuk kontrol sosial-profesi kepada setiap individu dokter agar menampilkan kemuliaan etika dan perilaku profesional secara konsisten dalam kesehariannya.

Proses kemahkamahannya dan pemberian sanksi etik tentu merupakan bagian yang tak terpisahkan dari bentuk kontrol sosial-profesi kepada setiap individu dokter. Namun, agar suasana kebatinan profesi tetap terjaga dan persaudaraan kesejawatan terpelihara dengan baik, maka dokter perlu mempunyai rasa memiliki, nyaman, dan mendapatkan keadilan yang berlaku di masa ditetapkan baginya sanksi maupun pasca sanksi etik.

Profesi dokter, sebagai suatu profesi yang memiliki berbagai tradisi luhur dan berbuah penghormatan yang tinggi di masyarakat, perlu tetap melestarikan tradisi yang membanggakan

tersebut untuk menjaga kepercayaan masyarakat yang senantiasa memberi penghormatan tinggi hingga kini. Namun di sisi lain, dokter tetaplah manusia yang terikat ungkapan klise, tempatnya salah dan lupa. Maka pembentukan dan penjagaan karakter dokter agar tetap berjalan lurus menurut nilai-nilai luhur profesi tidak dapat semata-mata dibebankan hanya pada proses perkuliahan di fakultas kedokteran. Setelah lulus dan ditahbiskan menjadi dokter, peran pengawasan, penjagaan, dan pembentukan karakter luhur dokter beralih dari universitas ke organisasi profesi. Salah satu organ dalam organisasi profesi kedokteran Indonesia yang dibentuk dan diamanatkan untuk mengawasi, menjaga, dan membentuk karakter luhur dokter ialah Majelis Kehormatan Etik Kedokteran (MKEK)

Sedang, umumnya terungkap bahwa dokter teradu tersebut sering melakukan pelanggaran etik ringan, baik disadari maupun tidak, dan sudah tentu Majelis Pemeriksa MKEK dalam pertimbangannya melihat riwayat dokter teradu tersebut. Gradasi tersebut nampak sekali terbangun dari akumulasi

pelanggaran etik sebelumnya. Kemudian karena mulai terbiasa, merasa aman dan nyaman dengan akumulasi itu, terjadilah eskalasi pelanggaran etik menjadi semakin berat skalanya. Hal ini dapat dijelaskan di mana tampak pelanggaran etik berat itu akan terbangun dari akumulasi dan eskalasi pelanggaran etik ringan dan sedang. Sementara pelanggaran etik sedang juga terbangun dari akumulasi dan eskalasi pelanggaran etik ringan. Hal ini diakibatkan oleh eratnya kaitan etika dengan karakter personal dan bagaimana karakter tersebut mengekspresikan dirinya pada tugas dan tanggung jawab profesi kedokteran.

Untuk mempertahankan roh penjagaan dan pembentukan karakter luhur dokter tersebut, aktivitas kemahkamahannya dan pembinaan MKEK perlu didesain dengan sedikit perubahan dari tata kelola lama yang tertuang dalam Pedoman Organisasi dan Tatalaksana Kerja MKEK sehingga dapat lebih menunjang dan memastikan adanya pembinaan perilaku yang dapat menyertai sanksi yang bersifat penginsafan hingga pemecatan.

Tujuan inilah yang menjadi roh dari perputaran kerja dan pengabdian sebagian sejawat yang diamanahkan di MKEK. Maka sudah sepatutnyalah seluruh aktivitas yang dilakukan MKEK memiliki sangkutan muara pada pembinaan perilaku profesionalisme seluruh dokter Indonesia. Tak terkecuali adalah aktivitas kemahkamahannya, yang menjadi wewenang khas dan otonom pada MKEK melaksanakan yurisdiksi penatalaksanaan aduan masyarakat terkait etika seorang atau sekelompok dokter Indonesia.

Adapun metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode penelitian transendental, dengan pendekatan yang digunakan bersifat analitis-filosofis. Kajian ini menitikberatkan pada seperangkat nilai-nilai yang ideal, yang seyogyanya menjadi rujukan/patokan dalam suatu proses pembentukan, perumusan, dan pelaksanaan kaidah hukum. Masalah adalah kejadian atau keadaan yang menimbulkan pertanyaan dalam hati tentang kedudukannya, tidak puas hanya dengan melihat saja, melainkan ingin mengetahui lebih

dalam. Berdasarkan hal-hal yang telah dikemukakan pada latar belakang, maka permasalahan yang akan dibahas adalah Pengaturan sanksi kode etik kedokteran dan Penjatuhan sanksi pemecatan dari Ikatan Dokter Indonesia Terhadap dr. X

Pengaturan Sanksi Kode Etik Kedokteran

Dari pengalaman menelaah kasus yang masuk ke MKEK, terungkap bahwa umumnya mereka yang kemudian diberi sanksi pelanggaran etik berat telah terbiasa melakukan pelanggaran etik ringan dan sedang sebelumnya, baik disadari maupun tidak. Hal sebaliknya tentu saja menjadi pertimbangan Majelis Pemeriksa MKEK yang menangani dugaan pelanggaran etik; jika dokter teradu riwayatnya bersih dan tak pernah terindikasi melanggar etik ringan dan sedang sebelumnya, maka sang dokter teradu tersebut kecil kemungkinannya dijatuhi sanksi pelanggaran etik berat. Umumnya pelanggaran etik berat sangat terkait dengan karakter dan perilaku yang dalam kajiannya tampak

sangat menyimpang dari ketentuan yang diharapkan dalam Kode Etik Kedokteran Indonesia, baik mengenai etika dokter-pasien, etika kesejawatan, etika dengan organisasi profesi, dan sebagainya.

Demikian pula dalam perkara yang diberi sanksi pelanggaran etik Oleh karena itu, gradasi dalam memutuskan suatu pelanggaran etik tersebut berat, sedang, dan ringan perlu sangat mempertimbangkan proses akumulasi dan eskalasi dari pelanggaranpelanggaran etik lainnya di dalam maupun di luar konteks perkara yang diadukan. Akibatnya, keputusan MKEK yang dihasilkan dapat merefleksikan karakter dokter teradu yang terbangun dari berbagai perbuatan dan kebiasaan yang memiliki nilai moral sehari-hari.

Sesuai dengan proses akumulasi dan eskalasi yang kemudian menjadi pelanggaran etik berat/sedang, maka konstruksi pemikiran untuk pemberian sanksi etik juga perlu mempertimbangkan prinsip akumulasi dan eskalasi tersebut. Oleh karena itu, perlu dikonstruksi sanksi yang cocok untuk pelanggaran etik ringan, yang

sanksi tersebut murni bertujuan untuk membina perilaku dokter teradu tersebut. Kemudian dikonstruksi sanksi yang memadai untuk pelanggaran etik sedang dan berat, dengan tujuan memberikan efek penginsafan agar kesalahan serupa tidak pernah terpikirkan untuk diulangi kembali di masa depan.

Dengan mempertimbangkan proses akumulasi dan eskalasi sebagai proses kompleks dalam karakter dokter teradu dari sisi pelanggaran yang dilakukannya, maka pemberian sanksi juga perlu dilakukan secara akumulasi. Hal ini dimaksudkan agar tujuan dari setiap strata sanksi tersebut, yaitu pembinaan dan penginsafan, dapat efektif sehingga dapat diharapkan terjadi perubahan karakter dan sikap dari seorang dokter pasca menjalani sanksi etik. Itulah tujuan utama dari proses yang ada di MKEK yang berorientasi pembinaan dan bukan pembinasaan.

Sesuai dengan dibaginya tiga kategori gradasi pelanggaran etik sebelumnya berupa pelanggaran etik ringan, sedang, dan berat, maka dalam

inventarisasi alternatif sanksi yang diberikan melalui usulan ini juga perlu dibagi tiga kategori. Usulan tersebut ialah:

1. Sanksi kategori 1, terdiri dari berbagai sanksi yang memiliki sifat murni bertujuan melakukan pembinaan perilaku terhadap pelanggarnya.
2. Sanksi kategori 2, terdiri dari sanksi yang memiliki sifat penginsafan terhadap pelanggarnya, namun tanpa konsekuensi pemecatan dari keanggotaan yang berimplikasi pada kehilangan hak dan wewenangnya sebagai dokter secara total pada kurun waktu tertentu.
3. Sanksi kategori 3, terdiri dari sanksi yang memiliki sifat penginsafan berupa pemecatan sementara dari keanggotaan, yang berimplikasi pada kehilangan hak dan wewenangnya sebagai dokter secara total pada kurun waktu tertentu

Kemudian sebagaimana dijelaskan sebelumnya tentang akumulasi dan eskalasi

pelanggaran etik, usulan 3 orbit ini juga memiliki format pemberian sanksi yang berlaku akumulatif. Akibatnya, seorang yang diputuskan melanggar etik berat akan menerima masing-masing minimal satu buah sanksi dari kategori 1 (pembinaan perilaku), satu buah sanksi dari kategori 2 (penginsafan tanpa pemecatan), dan satu buah sanksi dari kategori 3 (penginsafan dengan pemecatan). Dapat kita refleksikan apabila seorang yang melanggar etik berat hanya diberi sanksi pemecatan sementara misalnya, lalu tidak ada ketetapan baginya untuk diikutkan program pembinaan perilaku (sanksi kategori 1), maka bagaimana peluang sejawat tersebut untuk mengalami perubahan pada perilakunya dan tidak mengulangi kesalahan yang sama di masa mendatang? Oleh karena itu, sistem akumulasi sanksi ini dinilai lebih bijak.

Sanksi Kategori 1: Metode dan Penerapannya
Metode-metode apa sajakah yang layak merepresentasikan esensi tujuan sanksi kategori 1 yang bersifat murni pembinaan perilaku etis dan profesional ini? Usulan kami adalah sanksi tersebut

bersifat aktif membantu pembentukan karakter dan perilaku teradu ke arah yang lebih baik, dan bukan pasif sebagaimana dijabarkan Ortala MKEK 2008 sebelumnya, seperti peringatan lisan dan peringatan tertulis.

Beberapa metode yang dapat dipertimbangkan untuk mewakili tujuan pembinaan perilaku ialah:

1. Membuat refleksi diri dan janji kepada diri sendiri secara tertulis.
2. Mengikuti workshop etik yang ditentukan MKEK.
3. Mengikuti modul etik yang sedang berjalan di FK yang ditunjuk MKEK.
4. Mengikuti program membayangi panutan selama 3 (tiga) bulan.
5. Kerja sosial pengabdian profesi selama 3 (tiga)
6. Surat permohonan maaf dan atau pelurusan berita jika menyangkut informasi di media massa atau media sosial sambil aktif meluruskan pemahaman masyarakat

umum terkait informasi keliru yang disebar.

7. Dan metode-metode lain yang dianggap baik dan cocok menjadi representasi esensi tujuan sanksi yaitu murni pembinaan perilaku.

Untuk penerapan sanksi kategori 1 ini akan menjadi wilayah Divisi Pembinaan MKEK sesuai yurisdiksi yang ditetapkan Orta MKEK. Jika Majelis Pemeriksa menetapkan suatu pelanggaran etik yang terjadi masuk dalam kategori ringan, dan hanya sanksi ini saja yang diputuskan, maka sebaiknya keputusan disampaikan secara tertutup, sebab pembukaan hasil putusan berisiko memunculkan pembesar-besaran masalah oleh pihak luar yang tidak bertanggung jawab dan bermaksud menjatuhkan dokter yang terkait. Lain halnya bila pelanggaran etik tersebut memang harus dibuka ke pihak lain, antara lain bila merupakan penyebaran berita bohong (hoax) atau merugikan profesi kedokteran di mata public

Sanksi Kategori 2: Metode dan Penerapannya

Sanksi kategori 2 memiliki tujuan memberi efek penginsafan namun tidak sampai pada pemecatan keanggotaan. Beberapa metode yang relevan untuk sanksi kategori 2 yang dapat dipertimbangkan adalah sebagai berikut:

- a. Mengikuti program membayangi panutan selama 4-12 bulan.
- b. Kerja sosial pengabdian profesi selama 4-12 bulan.
- c. Pemberhentian sementara dari jabatan di IDI dan organisasi di bawah IDI serta pelarangan menjabat untuk 1 periode kepengurusan pasca keputusan.
- d. Dan metode lain yang dianggap baik dan cocok menjadi representasi esensi tujuan sanksi yaitu penginsafan tanpa pemecatan keanggotaan.

Sesuai dengan prinsip akumulasi-eskalasi, mereka yang diberikan sanksi kategori 2 pastilah juga akan menjalani minimal satu bentuk sanksi kategori 1. Bentuk sanksi yang ada perlu untuk dicermati Majelis Pemeriksa agar dapat bersinergi

membuahkan penginsafan dan perubahan perilaku yang lebih baik di masa mendatang. Untuk sifat keterbukaan putusan sanksi kategori 2 ini tentu diperlukan hanya untuk kalangan terbatas saja karena eksekusi sanksi ini melibatkan kerjasama dengan pihak luar.

Penerapan Sanksi Kategori 3

Sanksi kategori 3 ialah kategori sanksi terberat dari seluruh kategori yang ada, memiliki tujuan memberikan penginsafan yang dipandang perlu sampai terpaksa dilakukan pemecatan keanggotaan. Konsekuensi dari pemecatan keanggotaan ialah dokter yang menerima sanksi akan kehilangan segenap hak, kewenangan, dan klausul persyaratan sebagai dokter Indonesia dan anggota IDI selama kurun waktu tertentu. akan dicabut seluruh hak dan kewenangannya sebagai dokter dan anggota IDI.

Hilangnya hak dan kewenangan tersebut berdampak pada: (1) kehilangan hak dan kewenangan melakukan praktik kedokteran, termasuk dicabut sementara seluruh rekomendasi

izin praktik yang akan ditindaklanjuti kemudian oleh otoritas penerbit izin praktik untuk menonaktifkan sementara Surat Izin Praktik yang bersangkutan, (2) kehilangan hak dan kewenangan menjadi pengurus dan anggota IDI dan seluruh organisasi di bawah IDI termasuk Perhimpunan Dokter Spesialis (PDSp), Perhimpunan Dokter Pelayanan Primer (PDPP), dan Perhimpunan Dokter keseminatan tertentu (PDSm), (3) kehilangan hak dan kewenangan menyandang suatu jabatan publik atau organisasi yang menyaratkan dijabat oleh seorang dokter aktif yang akan ditindaklanjuti instansi/organisasi terkait, (4) surat tanda registrasi (STR) dan status di Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) menjadi non-aktif yang akan ditindaklanjuti oleh KKI.

Pemecatan keanggotaan yang dapat diputuskan oleh Majelis Pemeriksa MKEK ialah bersifat sementara. Durasi pemecatan keanggotaan dapat diputuskan secara bijaksana oleh Majelis Pemeriksa dengan mempertimbangkan seluruh aspek dengan alternatif kurun waktu antara 3-12 bulan. Majelis Pemeriksa dapat mengajukan

rekomendasi pemecatan keanggotaan tetap sebagai pelengkap (addendum) dari penjatuhan sanksi pemecatan keanggotaan sementara. Rekomendasi pemecatan keanggotaan tetap tersebut akan diputuskan di Mukktamar IDI sebagai forum tertinggi pembuat keputusan di IDI.

Penjatuhan Sanksi Pemecatan Dari Ikatan Dokter Indonesia Terhadap dr. X

Mukktamar XXXI Ikatan Dokter Indonesia (IDI) di Banda Aceh pada 23-25 Maret 2022 kini menjadi sorotan. Hal itu lantaran salah satu rekomendasi yang disampaikan Majelis Kehormatan Etik Kedokteran (MKEK) IDI, memberhentikan eks Menteri Kesehatan X Agus Putranto dari keanggotaan IDI. Keputusan itu dibacakan pada Jumat, 25 Maret 2022 malam di gedung Banda Aceh Convention Hall.

Sebagai dokter yang terdaftar sebagai anggota IDI, dokter X sudah dikenakan sanksi "Berat" pada Mukktamar IDI XXX 2018 di Samarinda. Sanksi tersebut dinaikkan menjadi "Terberat" yang dikukuhkan pada Mukktamar IDI XXXI di Banda Aceh

2022. Pada hasil muktamar IDI XXX tersebut tertulis bahwa untuk menjamin atas kepastian, maka Muktamar mempertegas agar setiap putusan MKEK, khususnya pelanggaran berat, tidak dapat ditunda atau dibatalkan oleh pengurus IDI dalam semua tingkatan.

Pada poin yang berbeda, dituliskan secara spesifik mengenai sanksi berat kepada dokter X, sebagai berikut: "Khusus menyangkut kasus dr. TAP agar Muktamar menguatkan putusan MKEK no. 009320/PB/MKEK-Keputusan/02/2018 menyatakan bahwa dr. TAP telah melakukan pelanggaran etik berat (serious ethical misconduct) dan ketua PB IDI segera melakukan penegakan putusan MKEK yang ditunda demi menjaga kemuliaan dan kehormatan profesi luhur kedokteran. Bila tidak dijumpai itikad baik dr. TAP maka muktamar memerintahkan Pengurus Besar IDI untuk melakukan pemecatan tetap sebagai anggota IDI."

Lanjutan dari putusan tersebut diatur apabila dokter X tetap tidak patuh terhadap sanksi berat yang ditetapkan pada 2018 itu, maka harus

ditindaklanjuti dengan sanksi terberat. Sanksi sebelumnya yang dijatuhkan pada 2018 sebenarnya masih satu tingkat di bawah sanksi terberat. Dituliskan terdapat empat indikasi yang menyebabkan dokter X akhirnya dikenakan sanksi terberat, di antaranya:

1. Tetap jadi ketua profesi sekalipun yang bersangkutan tahu kalau itu tak boleh.
2. Mengubah nama perhimpunan tanpa melalui Muktamar dan malah mendaftarkan ke notaris.
3. Meminta untuk mengimbau kepada para anggota PDSRI (Persatuan Dokter Spesialis Radiology Pusat) untuk tak mengindahkan atau mengikuti rapat dengan ketua umum PB IDI ketika ada pertemuan dengan PB IDI.
4. Berupaya pindah ke Jakarta Barat, meski domisili dan kerja atau praktek di Jakarta Pusat. Menghindari pemanggilan dan eksekusi.

Mengutip dokumentasi berjudul "Sejarah MKEK dan Prinsip Penetapan Sanksi Bagi

Pelanggaran Etik Kedokteran" yang disampaikan dalam simposium bijak IDI Pusat, tertulis ada empat kategori sanksi yang dijatuhkan dari IDI bagi para anggotanya. Kategori pertama bersifat murni pembinaan, kategori kedua bersifat penginsafan tanpa pemberhentian keanggotaan, kategori ketiga bersifat penginsafan dengan pemberhentian keanggotaan sementara, dan kategori keempat bersifat pemberhentian keanggotaan tetap.

Di dalam dokumen itu juga tertulis bila seorang anggota dijatuhi sanksi kategori ketiga dan keempat, maka terdapat kewenangan dan hak yang dihapuskan. Perbedaannya, untuk kategori ketiga sanksi bersifat sementara. Sedangkan, kategori keempat menunjukkan sanksi bersifat permanen. Hilangnya hak dan kewenangan itu berimplikasi pada kehilangan hak dan kewenangan untuk melakukan praktik kedokteran. Ini bermakna seluruh rekomendasi izin praktik dicabut. Implikasi lainnya yakni:

- Kehilangan hak dan kewenangan menjadi pengurus dan anggota IDI di seluruh organisasi di bawah IDI.
- Kehilangan hak dan kewenangan yang menyandang suatu jabatan publik yang mengisyaratkan dijabat oleh dokter aktif.

Surat tanda registrasi dan status di Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) menjadi non-aktif. Kewenangan itu akan ditinjau lanjuti kemudian oleh KKI.

BAB 6. Legalitas Dokter Umum Dalam Pemeriksaan USG Dalam Praktek Sehari-hari

USG adalah suatu teknologi yang dapat menggambarkan dalam tubuh seseorang. Jika ada komplikasi yang teridentifikasi, maka dapat dilakukan penanganan yang lebih cepat. Pada dasarnya dokter umum dapat melakukan usg kepada pasien. Tetapi sejak munculnya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2020 tentang Pelayanan Radiologi Klinik, dokter spesialis atau dokter umum memiliki kewenangan sangat terbatas terhadap fasilitas radiologi termasuk USG. Berdasarkan permasalahan tersebut di atas, peneliti melihat adanya permasalahan yaitu dimana dokter umum saat ini memiliki kewenangan yang sangat terbatas dalam melakukan layanan kesehatan USG pada pasien. Dalam prakteknya dari hasil penelitian dapat diketahui bahwa berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2023 tentang petunjuk teknis penggunaan alat ultrasonografi bagi dokter umum di layanan primer saat ini dokter umum legal untuk melakukan USG dengan

ketentuan bahwa dokter umum sudah mengikuti pendidikan dan pelatihan terstandar untuk USG dasar terbatas karena seorang dokter dikatakan telah kompeten dalam melakukan pemeriksaan USG dasar terbatas bila telah mengikuti pendidikan dan pelatihan USG secara formal (dalam masa pendidikan dokter) maupun melalui workshop yang terekognisi oleh Kementerian Kesehatan dan POGI (Pokja USG) dan kemudian memperoleh sertifikat.

Kesehatan merupakan indikator untuk mengukur keberhasilan pembangunan manusia, dan tentunya tanpa kesehatan manusia tidak akan produktif untuk hidup layak secara ekonomis dan menjalani pendidikan yang baik pula, kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan impian bangsa Indonesia sebagaimana yang dimaksud di dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar 1945. Pelayanan kesehatan yang bermutu merupakan suatu kebutuhan dasar yang diperlukan setiap anggota masyarakat, pelayanan kesehatan yang dilakukan profesi kedokteran haruslah sesuai

dengan standar profesi, standar prosedur operasional dan kebutuhan medis pasien dalam melaksanakan praktik kedokteran, karena profesi dokter adalah seseorang yang memiliki keilmuan dan keterampilan untuk menyembuhkan orang-orang yang sakit. Dokter sebagai orang yang memiliki ilmu dibidang kedokteran memiliki kewenangan dan izin sebagaimana mestinya untuk melaksanakan pelayanan kesehatan dan memeriksa serta mengobati pasien yang datang padanya menurut ketentuan di bidang hukum pelayanan kesehatan (Ricky, 2020).

Dokter merupakan ilmuwan yang telah dididik secara profesional untuk memberikan pertolongan dan pelayanan medis kepada orang-orang yang membutuhkannya. Pendidikan kedokteran telah membekali para peserta didiknya dengan pengetahuan (*knowledge*), keterampilan (*skill*), dan perilaku profesional (*professional attitude*) agar mereka menjadi dokter-dokter yang berkompeten dan profesional, senantiasa memberikan pertolongan kepada sesamanya (Heri, 2018).

Dokter sebagai salah satu komponen utama pemberi pelayanan kesehatan kepada masyarakat mempunyai peranan yang sangat penting karena terkait langsung dengan pemberian pelayanan kesehatan dan mutu pelayanan yang diberikan. Landasan utama bagi dokter untuk dapat melakukan tindakan medis terhadap orang lain adalah ilmu pengetahuan, teknologi, dan kompetensi yang dimiliki, yang diperoleh melalui pendidikan dan pelatihan. Dokter dengan perangkat keilmuan yang dimilikinya mempunyai karakteristik yang khas. Kekhasannya ini terlihat dari pembedaan yang diberikan oleh hukum yaitu diperkenalkannya melakukan tindakan medis terhadap tubuh manusia dalam upaya memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan (Dhimas, 2019).

Profesi dokter merupakan profesi yang mempunyai tujuan mulia bagi masyarakat. Karena tujuan profesi tersebut adalah memberikan perlindungan kepada pasien, mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan medis yang diberikan oleh dokter dan dokter gigi, dan

memberikan kepastian hukum kepada masyarakat, dokter dan dokter gigi (Nur Laily, 2020). Peraturan perundang-undangan bidang kesehatan menyatakan bahwa dokter mendapatkan perlindungan hukum dalam menjalankan praktik kedokteran sepanjang dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan, standar profesi, dan standar prosedur operasional (Kemenkes, 2022).

Salah satu fasilitas penunjang screening untuk mendukung upaya pelayanan kesehatan adalah ultrasonografi atau biasa disebut dengan USG. USG adalah suatu teknologi yang dapat menggambarkan (pencitraan) dalam tubuh seseorang. Jika ada komplikasi yang teridentifikasi, maka dapat dilakukan penanganan yang lebih cepat dan terencana (Ingan, 2019).

Ultrasonografi (USG) adalah alat pemeriksaan dengan menggunakan ultrasound (gelombang suara) yang dipancarkan oleh transduser. USG menggunakan bunyi ultrasonik yang memiliki frekuensi lebih dari 20 kHz. Teknik ini memanfaatkan konsep refleksi bunyi. Suara merupakan fenomena

fisika untuk mentransfer energi dari satu titik ke titik yang lainnya. Saat bunyi ditembakkan ke organ , maka organ – organ besar akan memantulkan bunyi (Pribadi, 2018). Ada yang memiliki koefisien refleksi besar dan ada yang kecil. Hal ini yang akan menghasilkan citra atau gambar. Dengan frekuensi yang tinggi ini, ultrasound dijadikan peralatan diagnostik karena dapat memperlihatkan organ di dalam tubuh manusia baik yang diam atau bergerak, USG bekerja dengan cara memancarkan gelombang *ultrasound* melalui sebuah *transducer* dengan media perantara gel, kemudian gelombang *ultrasound* tersebut akan dipantulkan kembali dalam bentuk gambar di sebuah layar monitor. Sehingga kita dapat melihat organ-organ dalam kita di monitor dan dapat segera mengetahui kelainan apa yang terjadi (Integra, 2023).

USG atau ultrasonografi adalah metode diagnostik non-invasif dengan menggunakan gelombang suara berfrekuensi tinggi. Tujuannya untuk menciptakan gambar dari struktur internal tubuh manusia. Proses USG melibatkan

penggunaan alat yang disebut "*transducer*". Alat ini menghasilkan gelombang suara ultrasonik. Gelombang suara ini diterapkan ke area tubuh yang ingin diperiksa. Ketika gelombang suara mencapai batas antara jaringan dalam tubuh, sebagian gelombang tersebut dipantulkan kembali ke transduser. Data pantulan ini kemudian diubah menjadi gambar oleh komputer. Karena pantulan itu, dokter dapat melihat struktur internal tubuh dengan detail pada layar monitor. Melalui pemeriksaan ini, dokter dapat mengetahui gangguan pada organ internal tubuh manusia (NHS, 2023).

Pemeriksaan dengan ultrasonografi aman digunakan karena gelombang ultrasonik yang digunakan tidak akan merusak material yang. Karena ultrasonik merupakan salah satu gelombang mekanik, maka pemeriksaan ultrasonografi disebut pengujian tak merusak (*non destructive testing*). USG dapat mengukur kedalaman suatu benda di bawah permukaan kulit melalui selang waktu dipancarkan sampai dipantulkan kembali gelombang ultrasonik. Pencitraan diagnostik

dengan menggunakan USG dinyatakan aman bahkan untuk seorang ibu hamil sekalipun, karena ultrasound menggunakan gelombang suara frekuensi tinggi yang tidak dapat didengar manusia, usg ini aman, non-invasif, dan tidak melibatkan paparan radiasi, sehingga sering digunakan juga dalam diagnosis medis, terutama untuk memeriksa organ-organ seperti hati, ginjal, kandung kemih, rahim, ovarium, jantung, dan pembuluh darah (Nasrudin, 2020).

Ultrasonografi (USG) adalah salah satu dari produk teknologi *medical imaging* yang dapat digunakan untuk memantau organ – organ dalam tubuh. *Medical imaging* adalah suatu teknik yang digunakan untuk mencitrakan bagian dalam organ atau suatu jaringan sel (*tissue*) pada tubuh tanpa membuat sayatan atau luka (*non invasive*).

Pada dasarnya dokter umum dapat melakukan usg kepada pasien. Tetapi sejak munculnya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2020 tentang Pelayanan Radiologi Klinik (selanjutnya disingkat permenkes pelayanan radiologi klinik),

dokter spesialis atau dokter umum memiliki kewenangan sangat terbatas terhadap fasilitas radiologi termasuk USG (Inda, 2020). Berdasarkan permasalahan tersebut di atas, peneliti melihat adanya permasalahan yaitu dimana dokter umum saat ini memiliki kewenangan yang sangat terbatas dalam melakukan layanan kesehatan USG pada pasien. Dari fakta tersebut peneliti ingin mengetahui tentang bagaimana legalitas dokter umum dalam pemeriksaan USG pada praktek sehari-hari.

Legalitas Dokter Umum Dalam Pemeriksaan USG Dalam Praktek Sehari-hari

Disaat ini dimana kesadaran hukum masyarakat semakin meningkat dimana masyarakat akan lebih menyadari akan haknya, dan disisi lain tenaga kesehatan terutama dokter dan perawat dituntut untuk melaksanakan kewajibanya dan tugas profesinya dengan lebih hati-hati dan penuh tanggung jawab. Hal ini didukung adanya berbagai produk peraturan perundang-undangan yang mengatur tentang sistem pelayanan keperawatan yang semakin jelas menuntut tenaga kesehatan

bekerja secara profesional, dan bila terjadi pelanggaran akan berdampak pada kemungkinan diperhadapkan pada tuntutan etik, pidana atau gugatan ganti rugi (perdata) (Sulaiman, 2020).

Ultrasonografi (USG) adalah alat pemeriksaan dengan menggunakan ultrasound (gelombang suara) yang dipancarkan oleh transduser. USG menggunakan bunyi ultrasonik yang memiliki frekuensi lebih dari 20 kHz. Teknik ini memanfaatkan konsep refleksi bunyi. Suara merupakan fenomena fisika untuk mentransfer energi dari satu titik ke titik yang lainnya. Saat bunyi ditembakkan ke organ , maka organ – organ besar akan memantulkan bunyi. Ada yang memiliki koefisien refleksi besar dan ada yang kecil. Hal ini yang kan menghasilkan citra atau gambar. Dengan frekuensi yang tinggi ini, ultrasound dijadikan peralatan diagnostik karena dapat memperlihatkan organ di dalam tubuh manusia baik yang diam atau bergerak (Oka, 2019).

Dalam Kepmenkes menjelaskan bahwa USG adalah bagian dari radiologi jenis imejing diagnosik dan yang bertanggungjawab dalam pelaksanaan dan

pembacaan adalah dokter spesialis radiologi dan dokter lainnya berdasarkan kompetensi yang ditetapkan. Jika berbicara tentang kompetensi USG pada dasarnya ada dalam Standar Kompetensi Kedokteran Indonesia, dimana dua aturan tersebut memberikan keterangan bahwa dokter umum dapat melakukan USG. Dengan kata lain, sebenarnya seorang dokter umum dan ketika lulus sudah memiliki kompetensi (kemampuan) untuk melakukan dan membaca USG.

Namun pada tahun 2020, Kepmenkes tersebut dicabut dengan Permenkes Pelayanan Radiologi Klinik, dimana peraturan menteri tersebut menjelaskan bahwa sumber daya manusia dalam pelayanan radiologi yang dapat melaksanakan dan membaca adalah dokter spesialis radiologi. Dalam hal fasilitas pelayanan kesehatan belum memiliki dokter spesialis radiologi, dokter atau dokter spesialis lain dengan kewenangan tambahan dapat memberikan pelayanan radiologi klinik pratama. Kewenangan tambahan ini didapatkan melalui pelatihan dan dibuktikan dengan sertifikat dari

kolegium radiologi. Setelah itu dokter tersebut tetap dilakukan supervise oleh dokter spesialis radiologi. Hal ini dilakuakn dengan alasan keamanan penggunaan alat radiologi.

Dengan adanya permenkes pelayanan radiologi klinik yang berlaku pada tahun 2020 memberikan kewenangan terbatas bagi dokter umum dan dokter spesialis kebidanan dan kandungan atau dikenal dengan singkatan SpOG dalam melakukan pelayanan USG. Hal ini menunjukkan adanya ketidaksesuaian dengan Undang-Undang Kesehatan yaitu :

1. Undang - Undang Kesehatan menjamin ketersediaan tenaga. Sementara Permenkes Pelayanan Radiologi Klinik tahun 2020 membatasi kewenangan dokter umum dan dokter SpOG dalam melakukan pelayanan USG. Permenkes ini mengharuskan semua pemeriksaan yang memanfaatkan teknologi USG (yang saat ini dikerjakan oleh lebih dari 25 ribu dokter spesialis) di supervisi dan di awasi oleh spesialis radiologi (saat ini

berjumlah sekitar 1500 orang). Diperjelas lagi bahwa kewenangan untuk menuliskan '*expertise*' atau hasil pemeriksaan USG seluruh bidang spesialis ada pada seorang spesialis radiologi. Padahal jelas bahwa dari segi pendidikan, keilmuan, dan pengalamannya, seorang spesialis kebidanan dan kandungan akan lebih tahu tentang penyakit dan kelainan pada ovarium atau indung telur pasiennya yang menderita gangguan siklus menstruasi, dibandingkan dengan dokter spesialis radiologi.

2. Permenkes Pelayanan Radiologi Klinik tahun 2020 pun melakukan serangkaian pembatasan kewenangan dengan alasan keamanan karena dampak penggunaan alat radiasi. Padahal sebagaimana dikemukakan di atas, USG merupakan suatu alat radiasi yang aman digunakan bahkan untuk ibu hamil sekalipun dan dokter umum dan dokter SpOG memiliki kompetensi terkait hal itu. Artinya sekalipun tidak ada pembatasan kewenangan

itu sebenarnya dokter umum dan dokter SpOG untuk hal itu. Apalagi saat ini dengan kecanggihan teknologi sudah ditemukan USG seperti ukuran smartphone.

Berdasarkan keputusan menteri kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/75/2023 tentang petunjuk teknis penggunaan alat ultrasonografi mengatakan bahwa seorang dokter umum dikatakan telah kompeten dalam melakukan pemeriksaan USG bila telah mengikuti pendidikan dan pelatihan USG secara formal (dalam masa pendidikan dokter) maupun melalui workshop yang terekognisi oleh Kementerian Kesehatan dan POGI (Pokja USG) dan kemudian memperoleh sertifikat.

Kualifikasi tersebut penting dalam proses rujukan berjenjang dan aspek medikolegal. Kompetensi USG bagi dokter umum yang kemudian menemukan abnormalitas pada pemeriksaan maka melanjutkan rujukan pemeriksaan ke dokter spesialis. Pemeriksaan pada level dokter spesialis juga dilakukan secara berjenjang sesuai penjenjangan

kompetensi yaitu dasar, madya, dan lanjut. Setiap hasil pemeriksaan USG didokumentasikan dan diarsipkan dengan baik (di Indonesia minimal disimpan 5 tahun) serta mencantumkan identitas pasien, tanggal pemeriksaan, nama dan tempat pemeriksaan dan diarsipkan. Sebelum melakukan pemeriksaan USG, dokter menjelaskan kenapa dilakukan, apa yang akan dikeluarkan, apa yang diharapkan dari pemeriksaan dan rencana selanjutnya. Komunikasi yang baik antara dokter dan pasien dapat membantu mencegah masalah medikolegal.

Pada dasarnya ketentuan-ketentuan yang sudah ditetapkan oleh pemerintah harus dijalankan oleh dokter karena pada umumnya dokter memegang tanggung jawab yang dapat dikategorikan menjadi 3 (tiga) kategori, yaitu

- 1) tanggungjawab administrasi
- 2) tanggungjawab perdata
- 3) tanggung jawab pidana

Pada hakikatnya hukum administrasi yaitu hukum yang mengatur tindakan pemerintah dan

mengatur hubungan antara pemerintah dan warga negara atau hubungan antar organ pemerintahan (Ridwan, 2011). Hukum administrasi hadir sebagai wujud perlindungan dan jaminan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang maksimal. Tanggung jawab dokter berdasarkan hukum administrasi negara yang dimaksud adalah bahwa dokter sebagai warga negara yang menjalankan profesinya harus berpedoman pada hukum administrasi negara khususnya yang berhubungan dan berlaku bagi profesi kedokteran, misalnya terkait dengan perizinan sebelum dokter dapat melakukan praktik kedokterannya, prosedur tempat praktik dan sebagainya. Dikatakan dokter melanggar hukum administrasi negara (*administrative malpractice*) yaitu tercermin dari tindakan dokter jika menjalankan praktik kedokteran tanpa izin, melakukan tindakan medis yang tidak sesuai dengan izin yang dimiliki, melakukan praktik dengan menggunakan izin yang sudah kadaluwarsa.

Hal yang mendasari adanya peraturan UU No 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Pasal 23 ayat (3)

menyebutkan bahwa “Dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan wajib memiliki izin dari pemerintah” dan Pasal 24 ayat (1) “Tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23 harus memenuhi ketentuan kode etik, standar profesi, hak pengguna pelayanan kesehatan, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional”. Selanjutnya, bagi dokter hal tersebut diatur lebih lanjut dalam Permenkes RI 512/2007 Pasal 2 ayat (1) “setiap dokter dan dokter gigi yang akan melakukan praktik kedokteran wajib memiliki SIP, sedangkan bagi tenaga keperawatan diatur dalam Permenkes No.HK.02.02/MENKES/148/I/2010 Pasal 3 ayat (1) yang menyebutkan bahwa setiap perawat yang menjalankan praktik wajib memiliki SIPP.” Konsekuensi yang diterima apabila dokter dalam menjalankan praktek kedokterannya tanpa izin praktek diatur dalam UU Praktik Kedokteran, Pasal 76 berbunyi “setiap dokter atau dokter gigi yang dengan sengaja melakukan praktik kedokteran tanpa memiliki surat izin praktik sebagaimana dimaksud dalam pasal 36 dipidana dengan pidana

penjara paling lama 3 (tiga) tahun atau denda paling banyak Rp. 100.000.000,00 (seratus juta rupiah)". Adapun disamping pidana penjara dan denda, pemberian sanksi administratif berupa teguran (lisan atau tertulis), pemindahan tugas, penurunan jabatan dan penundaan kenaikan pangkat hingga pemecatan.

Hukum perdata yang dimaksud dalam suatu pertanggungjawaban tindakan medis adalah adanya unsur ganti-rugi jika dalam suatu tindakan medis terdapat suatu kelalaian atau kesalahan yang dilakukan oleh tenaga medis. Hukum perdata ini, juga dikaitkan dengan isi Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Pasal 29 yang menyebutkan bahwa " *Dalam hal tenaga kesehatan diduga melakukan kelalaian dalam menjalankan profesinya, kelalaian tersebut harus diselesaikan terlebih dahulu melalui mediasi.*"

Tanggung jawab pidana berupa sanksi dalam praktek kesehatan terdapat dalam UU No 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan pada Pasal 190 - Pasal 200, sebagaimana dijelaskan berikut (Dian, 2018):

1. Pasal 190: “Pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan dan/atau tenaga kesehatan yang melakukan praktik atau pekerjaan pada fasilitas pelayanan kesehatan yang dengan sengaja tidak memberikan pertolongan pertama terhadap pasien yang dalam keadaan gawat darurat dipidana dengan pidana penjara paling lama 2 (dua) tahun dan denda paling banyak Rp200.000.000,00 (dua ratus juta rupiah), jika mengakibatkan terjadinya kecacatan atau kematian dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).”
2. Pasal 191 menyatakan bahwa: “tanpa izin melakukan praktik pelayanan kesehatan tradisional yang menggunakan alat dan teknologi sehingga mengakibatkan kerugian harta benda, luka berat atau kematian dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan denda paling banyak Rp100.000.000,00 (seratus juta rupiah).”

3. Pasal 192, bahwa: “sengaja memperjualbelikan organ atau jaringan tubuh dengan dalih apa pun dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).”
4. Pasal 193: “Sengaja melakukan bedah plastik dan rekonstruksi untuk tujuan mengubah identitas seseorang diancam dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).”
5. Pasal 194 menyatakan: “sengaja melakukan aborsi tidak sesuai dengan ketentuan dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).”
6. Pasal 195 menyatakan: “Setiap orang yang dengan sengaja memperjualbelikan darah dengan dalih apapun dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan denda

paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).”

7. Pasal 196: “Sengaja memproduksi atau mengedarkan sediaan farmasi dan/atau alat kesehatan yang tidak memenuhi standar dan/atau persyaratan keamanan, khasiat atau kemanfaatan, dan mutu dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).”
8. Pasal 197 memuat tentang: “seseorang sengaja memproduksi atau mengedarkan sediaan farmasi dan/atau alat kesehatan yang tidak memiliki izin edar dipidana dengan pidana penjara paling lama 15 (lima belas) tahun dan denda paling banyak Rp1.500.000.000,00 (satu miliar lima ratus juta rupiah).”
9. Pasal 198: “Setiap orang yang tidak memiliki keahlian dan kewenangan untuk melakukan praktik kefarmasian dipidana dengan pidana

denda paling banyak Rp100.000.000,00 (seratus juta rupiah).”

10. Pasal 199, “sengaja memproduksi atau memasukkan rokok ke dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia dengan tidak mencantumkan peringatan kesehatan berbentuk gambar sebagaimana dimaksud dalam Pasal 114 dipidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah);Setiap orang yang dengan sengaja melanggar kawasan tanpa rokok sebagaimana dimaksud dalamPasal 115 dipidana denda paling banyak Rp50.000.000,00 (lima puluh juta rupiah).”
11. Pasal 200: “Setiap orang yang dengan sengaja menghalangi program pemberian air susu ibu eksklusif sebagaimana dimaksud dalam Pasal 128 ayat (2) dipidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan denda paling banyak Rp100.000.000,00 (seratus juta rupiah)”

12. Pasal 201, “Dalam hal tindak pidana sebagaimana dimaksud dalam Pasal 190 ayat (1), Pasal 191, Pasal 192, Pasal 196, Pasal 197, Pasal 198, Pasal 199, dan Pasal 200 dilakukan oleh korporasi, selain pidana penjara dan denda terhadap pengurusnya, pidana yang dapat dijatuhkan terhadap korporasi berupa pidana denda dengan pemberatan 3 (tiga) kali dari pidana denda sebagaimana dimaksud dalam Pasal 190 ayat (1), Pasal 191, Pasal 192, Pasal 196, Pasal 197, Pasal 198, Pasal 199, dan Pasal 200.
- a. pencabutan izin usaha; dan/atau
 - b. pencabutan status badan hukum (Rospita, 2020)

BAB 7. Hukum Bedah Plastik Rekonstruksi dan Estetik: Suatu Kajian Kewajiban Dalam Pelayanan Kesehatan Masa Kini

Telaah ini menyelidiki norma hukum yang mengatur cabang kedokteran khususnya bedah plastik, menyoroti relevansinya dengan praktik medis kontemporer. Dengan mengevaluasi bedah rekonstruktif dan estetik, hal ini mengkaji respons legislatif terhadap inovasi teknologi bedah plastik tersebut dan ekspektasi secara sosial. Melalui pemeriksaan regulasi, dialog dengan para ahli medis, dan beberapa studi kasus, pentingnya consent yang tereduksi, adanya standar kompetensi medis, dan adherensi terhadap protokol regulasi menjadi jelas. Menghadapi isu kerahasiaan dan inovasi dari segi teknis, tulisan ini mengadvokasi pembentukan kebijakan yang elastis dan kolaborasi antarlembaga hukum. Kesimpulan mendesakkan perlunya struktur hukum yang komprehensif untuk menjamin praktek Bedah Plastik Rekonstruksi dan Estetik yang etis dan legal.

Era globalisasi dan kemajuan teknologi telah membawa pertumbuhan yang signifikan dalam industri bedah plastik, baik tindakan rekonstruksi maupun estetika, menjadikannya komponen integral dalam pelayanan kesehatan masa kini. Kemajuan ini tidak hanya meningkatkan akses terhadap berbagai prosedur rekonstruktif dan estetik tetapi juga memperkaya kualitas hidup dari banyak individu. Namun, ekspansi cepat ini juga membawa tantangan baru, terutama dalam hal etika dan hukum. Industri bedah plastik telah berkembang Sangat pesat, didorong oleh inovasi teknis dari tenaga medis dan peningkatan trend serta tingginya permintaan dari masyarakat. Progres dalam teknik bedah dan bahan implantasi telah memperluas jangkauan hasil yang dapat dicapai, membuka berbagai pintu bagi solusi medis yang sebelumnya belum pernah terpikirkan. Hal ini, pada gilirannya, telah menyebabkan bedah plastik menjadi lebih umum dan lebih diakses oleh berbagai lapisan masyarakat. Kontroversi mengenai bedah plastik tidak hanya menyangkut tindakan rekonstruksi dan estetika, namun juga etis dan

hukum. Pertanyaan mengenai hak otonomi pasien, standar keindahan, dan batasan intervensi medis selalu menjadi diskusi yang hangat. Selain itu, masalah informed consent, privasi pasien, dan tanggung jawab hukum atas hasil bedah menambah kompleksitas dalam praktik bedah plastik. Kewajiban hukum dan etis ini mengharuskan praktisi bedah plastik untuk tidak hanya menjadi ahli dalam bidangnya tetapi juga menjadi pemimpin dalam kepatuhan etika dan hukum. Dengan demikian, penting untuk menganalisis bagaimana hukum saat ini mengatur praktik bedah plastik dan bagaimana hukum tersebut dapat beradaptasi dengan perkembangan industri yang terus bergerak cepat ini. Tujuan utama dari kajian ini adalah untuk menyelidiki dan memahami kerangka hukum yang mengatur praktik bedah plastik, dengan fokus pada bagaimana hukum berinteraksi dengan aspek etis dari bedah rekonstruktif dan estetik. Tulisan ini bertujuan untuk mengevaluasi kecukupan peraturan yang ada dan mengidentifikasi celah hukum yang mungkin memerlukan reformasi atau pembaharuan,

mengingat perkembangan terkini dalam praktik medis di bidang tersebut. Signifikansi kajian ini terletak pada kemampuannya untuk mempengaruhi dan membentuk kebijakan hukum yang akan mengatur industri bedah plastik. Untuk praktisi hukum, tulisan ini memberikan wawasan tentang komplikasi hukum yang terkait dengan bedah plastik dan menawarkan panduan tentang bagaimana memberikan arahan kepada kasus-kasus yang berkaitan dengan bidang ini. Bagi para profesional kesehatan, temuan ini dapat memberikan panduan yang jelas mengenai batasan etis dan legal dari praktek mereka, serta meningkatkan kesadaran mereka tentang hak dan kewajiban hukum mereka terhadap pasien. Selain itu, kajian ini penting bagi pembuat kebijakan dalam menentukan arah regulasi yang efektif dan adil, yang tidak hanya melindungi hak pasien tetapi juga mendukung inovasi medis dan profesionalisme dalam bedah plastik. Dengan demikian, kajian ini memiliki implikasi yang luas dan mendalam, berpotensi mempengaruhi perubahan legislatif dan

meningkatkan standar praktik bedah plastik di masa mendatang. Tujuan kajian hukum ini adalah untuk menyediakan analisis yang mendalam tentang hukum yang mengatur bedah plastik dan menilai bagaimana regulasi tersebut beradaptasi dengan kemajuan teknologi dan perubahan sosial. Tulisan dan kajian ini bertujuan untuk: Mengidentifikasi dan menjelaskan tanggung jawab hukum yang berlaku bagi praktisi bedah plastik, termasuk kewajiban mereka terhadap pasien.

- Menilai bagaimana prosedur informed consent dilaksanakan dalam konteks bedah plastik dan dampaknya terhadap otonomi pasien.
- Mengkritisi standar regulasi saat ini dan mengusulkan perubahan yang mungkin dibutuhkan untuk melindungi pasien serta praktisi.
- Mendorong transparansi dan peningkatan kualitas dalam pelayanan bedah plastik melalui reformasi hukum yang berbasis bukti.

Bagi praktisi hukum, kajian ini esensial karena menyediakan pemahaman yang lebih baik tentang konsekuensi hukum dari praktek bedah plastik. Hal ini memungkinkan mereka untuk lebih efektif dalam memberikan nasihat hukum kepada klien yang terlibat dalam litigasi medis atau proses regulasi terkait bedah plastik. Bagi tenaga kesehatan, terutama mereka yang berpraktek di bidang bedah plastik terutama dokter, perawat, hingga tenaga administrasi, kajian ini memberikan wawasan penting mengenai keharusan hukum dan etika mereka, sehingga mereka dapat menjalankan praktik mereka sesuai dengan standar hukum yang berlaku dan etika profesi. Ini meningkatkan kesadaran mereka tentang hak-hak pasien dan pentingnya menjaga standar profesionalisme yang tinggi untuk menghindari risiko malpraktik. Secara keseluruhan, kajian ini membantu meningkatkan integritas profesi dalam ruang lingkup bedah plastik dengan mendorong penerapan praktek berbasis bukti yang selaras dengan standar hukum dan etika

yang berlaku, sekaligus mendukung inovasi yang bertanggung jawab dalam pelayanan kesehatan.

Hukum Bedah Plastik Rekonstruksi dan Estetik

Sebelum mendalami aspek hukum dan etis bedah plastik, penting untuk membangun kerangka teoritis yang jelas. Kerangka ini akan mendefinisikan konsep kunci dan memetakan landasan yang akan digunakan untuk analisis lebih lanjut dalam kajian ini. Bedah plastik dapat didefinisikan sebagai spesialisasi medis yang berfokus pada koreksi atau restorasi fungsi dan bentuk / estetika dari keseluruhan tubuh, dari ujung rambut, hingga ujung kaki. Dua cabang utama dari bedah plastik adalah bedah rekonstruktif, yang bertujuan untuk memulihkan fungsi dan penampilan bagian tubuh yang rusak akibat trauma, penyakit, atau kelainan bawaan, dan bedah estetik atau kosmetik, yang bertujuan untuk memperbaiki atau meningkatkan penampilan estetik pasien. Perbedaan antara bedah rekonstruktif dan estetik terletak pada tujuan dan motivasi di balik prosedurnya. Bedah rekonstruktif sering kali

dianggap sebagai kebutuhan medis, sementara bedah estetik biasanya dipandang sebagai pilihan pribadi. Perbedaan ini sering mempengaruhi bagaimana prosedur tersebut diatur dalam sistem kesehatan. Dalam praktik bedah plastik, terdapat prinsip etika medis yang harus dihormati, termasuk:

- Autonomi pilihan pasien:

Menghormati hak pasien untuk membuat keputusan bebas tentang tubuh dan kesehatan mereka sendiri, yang didukung oleh informasi yang cukup dan tanpa paksaan.

- Beneficence dan Non-Maleficence:

Beneficence adalah kewajiban untuk melakukan yang terbaik bagi pasien, sementara non-maleficence adalah kewajiban untuk tidak membahayakan. Kedua prinsip ini harus selalu dipertimbangkan dalam setiap intervensi medis.

- Keadilan:

Prinsip keadilan menekankan pada perlakuan yang adil dan setara bagi semua pasien, termasuk dalam akses terhadap layanan bedah plastik dan distribusi sumber daya medis.

Hukum yang mengatur bedah plastik meliputi berbagai peraturan dan standar yang ditetapkan baik di tingkat internasional maupun nasional. Standar internasional sering kali dibentuk oleh konvensi-konvensi global atau organisasi kesehatan dunia, yang bertujuan untuk menetapkan pedoman umum yang dapat diterapkan di berbagai yurisdiksi.

Peraturan dan standar internasional dalam bedah plastik berperan penting dalam membentuk praktek dan etika global. Organisasi seperti Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dan Asosiasi Medis Dunia / *World Medical Association* (WMA) sering kali merilis pedoman yang direkomendasikan untuk diadopsi oleh negara-negara anggota. Standar ini mencakup protokol untuk praktik bedah yang aman, hak pasien, dan tata laksana keprofesian. Selain itu, ada juga konvensi-konvensi internasional yang mengatur tentang hak asasi manusia yang berimplikasi pada hak pasien dalam tindakan bedah plastik, seperti hak untuk mendapatkan standar perawatan kesehatan tertinggi yang diterima. Setiap

negara memiliki peraturan tersendiri yang mengatur praktik bedah plastik, yang mencakup lisensi praktisi, persyaratan informed consent, dan pengaturan mengenai malpraktik medis. Memahami kerangka teoritis ini adalah kunci untuk menganalisis bagaimana praktik bedah plastik rekonstruksi dan estetik diatur serta cara meningkatkan standar hukum dan etis yang berlaku. Tulisan ini akan menggunakan kerangka teoritis sebagai dasar untuk mengkritisi kebijakan saat ini dan memberikan rekomendasi untuk masa depan. Di tingkat nasional, setiap negara memiliki perundang-undangan yang mengatur praktik bedah plastik. Undang-undang ini mengatur berbagai aspek seperti kriteria untuk menjadi praktisi bedah plastik yang berkualifikasi, standar untuk klinik dan fasilitas operasi, proses persetujuan medis, dan pengelolaan keluhan atau malpraktik. Di banyak yurisdiksi, ada juga aturan khusus mengenai iklan dan promosi layanan bedah plastik, yang kebanyakan biasanya berkaitan dengan “bisnis” kecantikan dalam hal ini bedah estetika atau dunia

estetika secara keseluruhan yang lebih banyak bersinggungan dengan Dunia bisnis dibandingkan dengan pertimbangan secara medis. Hal ini bertujuan untuk melindungi konsumen dari informasi yang menyesatkan atau klaim berlebihan. Kajian ini mengevaluasi bagaimana standar dan regulasi internasional ini diterapkan dan disesuaikan dalam perundang-undangan nasional, serta efektivitasnya dalam melindungi pasien dan memastikan praktik bedah plastik yang etis dan bertanggung jawab. Dengan memahami interaksi antara norma internasional dan domestik, praktisi hukum dan kesehatan dapat lebih baik dalam menavigasi lansekap hukum yang kompleks ini dan bekerja menuju peningkatan standar dalam bedah plastik.

Dalam praktik bedah plastik, kewajiban hukum yang mendasar adalah menyediakan konseling yang memadai kepada pasien sebelum mereka memberikan informed consent untuk prosedur yang diusulkan. Konseling ini harus mencakup informasi lengkap tentang prosedur, termasuk manfaat yang

diharapkan, risiko yang mungkin terjadi, alternatif yang tersedia, dan potensi hasil jangka panjang. Pemberian informasi yang memadai adalah krusial untuk memastikan pasien membuat keputusan yang terinformasi dan telah mempertimbangkan semua aspek penting dari prosedur yang diusulkan. Pasien harus diberikan waktu yang cukup untuk memproses informasi tersebut dan kesempatan untuk mengajukan pertanyaan.

Hal ini tidak hanya menghormati hak pasien atas otonomi tetapi juga mengurangi risiko komplikasi hukum yang mungkin timbul dari klaim persetujuan yang tidak memadai. Proses hukum dan etika dalam informed consent mencakup dokumentasi yang tepat dari semua informasi yang disampaikan dan persetujuan yang diberikan. Kewajiban ini berarti bahwa praktisi harus memiliki bukti yang jelas bahwa pasien telah diberikan semua informasi yang relevan dan telah memberikan persetujuan tindakan medis terhadap mereka tanpa adanya paksaan. Ini juga berarti memastikan bahwa pasien memiliki kapasitas untuk memberikan

persetujuan, dalam hal ini biasanya dipastikan bahwa pasien yang bersangkutan sudah dalam usia matang untuk memberikan keputusan, jika pada pasien yang masih dibawah umur maka dapat diberikan mandat atau adanya perwakilan yang diberikan amanah untuk mengambil keputusan atas persetujuan tindakan medis yang mungkin memerlukan penilaian terhadap pemahaman mereka terhadap informasi yang diberikan. Standar pelayanan medis dalam bedah plastik menuntut bahwa praktisi tidak hanya harus memenuhi kewajiban hukum dan etik tetapi juga harus memenuhi atau melampaui standar medis yang berlaku.

Ini melibatkan penggunaan teknik bedah yang terkini dan dibenarkan oleh bukti ilmiah serta pengetahuan dan keahlian yang dibutuhkan untuk melakukan prosedur dengan cara yang paling aman dan efektif. Standar ini juga berarti terus-menerus memperbarui pengetahuan dan keterampilan melalui pendidikan berkelanjutan dan pelatihan. Standar ini tidak hanya melindungi pasien dari

malpraktik tetapi juga memberikan landasan untuk penilaian kinerja profesional. Ketika praktisi gagal memenuhi standar ini, mereka mungkin menghadapi tindakan disipliner dari badan pengatur, klaim malpraktik, atau keduanya. Oleh karena itu, pemahaman yang mendalam tentang kewajiban hukum dan standar pelayanan adalah penting bagi setiap praktisi yang ingin memastikan bahwa mereka memberikan perawatan kesehatan yang berkualitas tinggi dan sesuai dengan hukum yang berlaku.

Praktisi bedah plastik diwajibkan untuk mematuhi standar keahlian yang tinggi, yang berarti mereka harus memiliki pendidikan, pelatihan, dan pengalaman yang relevan dengan berbagai prosedur yang mereka lakukan. Selain itu, kehati-hatian mengharuskan mereka untuk selalu bertindak dengan mempertimbangkan keselamatan pasien sebagai prioritas utama, termasuk melakukan prosedur dengan cara yang meminimalkan risiko dan menghindari terjadinya komplikasi. Tanggung jawab hukum atas malpraktik

muncul ketika praktisi bedah plastik gagal memenuhi standar perawatan yang diakui dan tindakan atau kelalaian tersebut mengakibatkan terjadinya morbiditas (cedera) ataupun mortalitas / kerugian pada pasien. Malpraktik dapat mencakup berbagai tindakan, mulai dari kesalahan selama operasi hingga kegagalan dalam memberikan informasi yang memadai tentang risiko prosedur. Privasi dan kerahasiaan adalah elemen penting dalam hubungan antara pasien dan praktisi kesehatan.

Praktisi bedah plastik memiliki kewajiban hukum dan etis untuk melindungi informasi pribadi pasien. Ini termasuk tidak hanya rekam medis tetapi juga gambar atau informasi lain yang diperoleh selama proses konsultasi, pengobatan, dan pasca perawatan. Pengaturan hukum yang berlaku untuk privasi data pasien sering kali diatur oleh peraturan perlindungan data nasional dan internasional, seperti GDPR (*General Data Protection and Regulation*) di Eropa. Regulasi ini memberikan kerangka kerja untuk pengumpulan, pengolahan,

dan penyimpanan data pribadi pasien serta memberikan pasien hak untuk mengakses dan mengoreksi informasi tentang mereka. Jurisprudensi di bidang bedah plastik sering kali berkaitan dengan kasus-kasus malpraktik dan pelanggaran privasi. Kasus-kasus ini dapat menjadi preseden penting dalam menetapkan standar hukum dan memberikan panduan untuk praktisi dalam industri.

Contohnya, kasus pengungkapan informasi yang tidak tepat yang mengakibatkan persetujuan yang tidak terinformasi atau kasus kegagalan dalam menjaga kerahasiaan informasi pasien, yang dapat mengakibatkan sanksi hukum dan profesional. Menganalisis kasus-kasus ini memberikan wawasan berharga tentang bagaimana prinsip hukum diterapkan dalam praktek dan membantu praktisi dan lembaga kesehatan dalam mengembangkan protokol yang sesuai untuk menghindari pelanggaran serupa di masa depan. Kesadaran dan pemahaman yang mendalam tentang kasus dan jurisprudensi ini adalah kunci

untuk menavigasi kompleksitas hukum dalam praktik bedah plastik.

Pengawasan profesi dalam bidang bedah plastik dilaksanakan oleh berbagai organisasi profesional, yang bertujuan untuk menetapkan dan memelihara standar praktik yang tinggi di antara anggotanya. Organisasi-organisasi ini, seperti Perhimpunan Ahli Bedah Plastik Indonesia (PERAPI) yang dilakukan secara nasional maupun perhimpunan bedah plastik secara internasional, berperan dalam mengembangkan pedoman etika, standar pendidikan dan pelatihan, serta prosedur untuk penilaian kompetensi profesional.

Organisasi profesi bedah plastik berperan vital dalam menentukan standar yang harus dipatuhi oleh praktisi bedah plastik. Mereka memberikan pedoman praktik klinis, menyelenggarakan pendidikan berkelanjutan, dan seringkali berpartisipasi dalam proses legislatif dengan memberikan masukan profesional terhadap pengembangan atau perubahan regulasi di bidang bedah plastik. Sistem akreditasi dan sertifikasi

dirancang untuk memastikan bahwa praktisi bedah plastik memenuhi standar yang diperlukan dalam hal pendidikan dan keterampilan klinis. Sertifikasi biasanya melibatkan penilaian yang komprehensif, termasuk ujian tertulis dan penilaian keterampilan praktis, serta bukti dari pendidikan medis yang berkelanjutan secara berkala. Praktisi yang bersertifikat diakui memiliki kualifikasi yang memadai untuk memberikan perawatan medis yang aman dan efektif kepada pasien mereka.

Dan juga mewajibkan kepada profesional yang bertugas dan berpraktik aktif, untuk turut serta dalam pengembangan pendidikan bedah plastik bagi para mahasiswa dan residen, agar secara tidak langsung juga mereka terus memperbaharui keilmuan dan keahlian mereka. Penegakan hukum dalam konteks bedah plastik melibatkan berbagai tindakan yang dapat diambil ketika praktisi gagal memenuhi standar yang ditetapkan atau melanggar etika profesi. Ini bisa meliputi tindakan disipliner dari badan pengatur profesi, tindakan hukum sipil dari pasien, dan dalam kasus yang serius, tindakan

pidana. Sanksi yang dijatuhkan dapat berkisar dari denda, penangguhan sertifikasi, hingga pencabutan lisensi untuk praktik medis.

Penegakan hukum yang ketat dan sanksi yang memadai penting untuk mempertahankan integritas profesi dan melindungi kesehatan dan keselamatan publik. Keseluruhan sistem regulasi dan kepatuhan ini dirancang untuk menciptakan lingkungan bedah plastik yang tidak hanya mempromosikan inovasi dan perawatan yang berkualitas tinggi, tetapi juga memastikan bahwa praktik tersebut dilaksanakan dengan cara yang etis dan bertanggung jawab, dengan pertimbangan utama pada keamanan dan kesejahteraan pasien. Dalam dunia medis, khususnya dalam bedah plastik, penegakan hukum terhadap pelanggaran memainkan peran kunci dalam menjaga standar profesional dan melindungi pasien.

Kasus-kasus pelanggaran dalam bedah plastik sering kali menjadi studi yang penting karena memberikan contoh konkret dari konsekuensi hukum dan etis dari kegagalan mematuhi standar

yang ditetapkan. Analisis kasus ini dapat mencakup berbagai skenario, seperti kesalahan bedah, kelalaian dalam memberikan perawatan yang memadai, atau kegagalan dalam mendapatkan informed consent yang benar dari pasien. Kasus-kasus tersebut biasanya dipublikasikan dalam database yurisprudensi atau literatur hukum dan sering digunakan sebagai bahan pendidikan bagi praktisi bedah plastik.

Mereka melayani sebagai peringatan dan pembelajaran untuk praktisi lain tentang pentingnya mengikuti protokol yang ketat, menjaga komunikasi yang efektif dengan pasien, dan memperbaharui keahlian secara teratur.

Sanksi hukum yang berlaku dalam kasus malpraktik bedah plastik bervariasi tergantung pada undang-undang spesifik di yurisdiksi yang berlaku dan keparahan pelanggaran. Jenis-jenis sanksi yang mungkin dijatuhkan termasuk:

- Denda Moneter:

Sanksi keuangan yang dikenakan kepada praktisi atau fasilitas kesehatan sebagai

kompensasi atas kerugian yang diderita oleh pasien.

- **Penangguhan Praktik:**
Pemberhentian sementara hak praktik seorang dokter bedah plastik, sering kali disertai dengan persyaratan tambahan sebelum praktik dapat dilanjutkan, seperti pendidikan ulang atau pelatihan.
- **Pencabutan Lisensi:**
Penghapusan permanen hak seorang dokter untuk praktik medis, yang biasanya merupakan hasil dari pelanggaran yang sangat serius atau berulang.
- **Koreksi Profesional:**
Tindakan yang mengharuskan dokter untuk mengambil langkah-langkah tertentu untuk memperbaiki masalah yang telah terjadi, seperti memperbaiki rekam medis atau memberikan perawatan tambahan kepada pasien yang terdampak.
- **Hukuman Pidana:**

Dalam kasus yang jarang terjadi, jika pelanggaran tersebut melibatkan unsur kriminal seperti penipuan atau tindakan sengaja yang menyebabkan cedera berat atau kematian, dokter atau staf terkait dapat dikenai tindakan pidana. Penegakan sanksi ini sering kali melibatkan proses yang panjang dan kompleks, termasuk penyelidikan oleh badan pengatur, proses hukum, dan kadang-kadang, sidang di hadapan dewan medis atau pengadilan. Hasil dari kasus-kasus ini juga dapat mempengaruhi praktik bedah plastik di masa depan, mempengaruhi regulasi, dan meningkatkan kesadaran dalam profesi tentang pentingnya mematuhi standar hukum dan etis yang ketat. Pertumbuhan pesat dalam bedah plastik, baik dalam hal teknik maupun jumlah prosedur yang dilakukan, menyajikan tantangan unik bagi regulator.

Dinamika sosial, termasuk perubahan norma kecantikan dan aksesibilitas informasi, telah

menyebabkan peningkatan permintaan untuk prosedur bedah plastik. Kemajuan teknologi, seperti pengembangan alat bedah yang lebih canggih dan teknik pemulihan yang lebih efisien, juga telah mengubah cara bedah plastik dipraktikkan. Regulasi saat ini mungkin tidak cukup cepat untuk beradaptasi dengan perubahan yang sangat cepat ini. Perubahan peraturan membutuhkan proses legislatif yang memadai, diskusi yang mendalam, dan konsensus antara berbagai pemangku kepentingan, yang bisa menjadi proses yang panjang dan kompleks. Selain itu, peraturan harus mempertimbangkan faktor-faktor seperti:

- Perlindungan Pasien: Memastikan bahwa pasien dilindungi dari praktek yang tidak etis atau tidak kompeten dan bahwa mereka menerima informasi yang memadai untuk membuat keputusan yang terinformasi.
- Inovasi Teknologi: Mendorong inovasi dalam bedah plastik sambil memastikan bahwa teknologi baru diuji dan dievaluasi secara menyeluruh sebelum digunakan secara luas.

- Akses dan Keadilan: Memastikan bahwa akses ke bedah plastik yang aman dan terjangkau tersedia bagi semua lapisan masyarakat, tanpa diskriminasi.

Dalam menghadapi tantangan ini, regulator dan praktisi bedah plastik perlu bekerja sama untuk mengevaluasi dan, bila perlu, merevisi peraturan agar tetap relevan dan efektif. Proses ini juga harus melibatkan pendidikan pasien dan advokasi untuk memastikan bahwa masyarakat memiliki pemahaman yang jelas tentang bedah plastik dan implikasi hukumnya. Prospek masa depan bedah plastik tergantung pada kemampuan sistem hukum untuk mengikuti perkembangan dalam praktik medis dan memperhitungkan perubahan sosial dan teknologi. Hal ini memerlukan kerjasama yang erat antara lembaga hukum, organisasi medis, praktisi, dan pasien untuk menciptakan kerangka kerja regulasi yang mendukung praktik bedah plastik yang etis dan berkelanjutan.

Kemajuan dalam ilmu pengetahuan dan teknologi bedah plastik menuntut respons yang

dinamis dan adaptif dari pembuat kebijakan. Kebijakan yang responsif memungkinkan integrasi inovasi terbaru ke dalam praktik klinis dengan cara yang aman dan etis. Regulator perlu mendukung penelitian dan pengembangan melalui kerangka kerja yang mendorong inovasi sambil memastikan bahwa semua kemajuan baru mematuhi standar etika dan keselamatan yang ketat. Dalam konteks global, tantangan yang muncul dari praktik bedah plastik sering kali sama di berbagai negara. Oleh karena itu, penguatan kerangka hukum internasional sangat penting. Kerja sama lintas negara dapat memfasilitasi pertukaran pengetahuan dan pengalaman, standarisasi praktik terbaik, dan pembentukan standar internasional yang konsisten. Kerjasama ini juga bisa mencakup pembagian tanggung jawab dalam penelitian dan pengembangan, serta dalam penanganan masalah seperti turisme medis, di mana pasien melakukan perjalanan lintas negara untuk mendapatkan perawatan bedah plastik. Hal ini membutuhkan kesepakatan tentang standar akreditasi, pelatihan,

dan praktik, serta pengakuan timbal balik kualifikasi profesional.

Adopsi teknologi baru seperti telemedicine dan aplikasi digital dalam praktik bedah plastik juga menimbulkan pertanyaan baru tentang privasi dan keamanan data, yang membutuhkan kerangka hukum yang dapat dioperasikan secara lintas batas.

Dalam jangka panjang, prospek regulasi bedah plastik tergantung pada pembentukan sistem yang mampu menyeimbangkan antara penerapan ilmu pengetahuan dan teknologi terbaru dengan komitmen pada etika dan perlindungan pasien. Hal ini mencakup pembentukan kebijakan yang inklusif, transparan, dan berkelanjutan yang dapat beradaptasi dengan perubahan yang cepat dalam bidang medis dan bedah plastik.

BAB 8. Aspek Hukum Kesehatan Dalam Pengawasan Praktik Pelayanan Kesehatan

Di era globalisasi dan perkembangan teknologi yang semakin pesat, kualitas pelayanan kesehatan menjadi isu penting yang mendapat perhatian serius di banyak negara, termasuk Indonesia. Praktik pelayanan kesehatan tidak hanya sekadar memberikan perawatan medis, tetapi juga berkaitan erat dengan berbagai aspek hukum yang mengatur dan menjamin keamanan, kualitas, serta hak-hak pasien. Dalam konteks Indonesia, Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (UU No. 25/2009) merupakan landasan hukum yang sangat krusial dalam pembahasan ini.

Pelayanan kesehatan merupakan salah satu bentuk pelayanan publik yang esensial. Pelayanan publik, dalam definisinya, harus mampu memenuhi kebutuhan dasar masyarakat, termasuk di dalamnya kesehatan, dengan cara yang efisien, efektif, dan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Kebutuhan akan pelayanan kesehatan yang berkualitas menjadi semakin penting mengingat

Indonesia sedang berupaya mencapai Universal Health Coverage (UHC), di mana setiap warga negara dijamin aksesnya terhadap layanan kesehatan yang memadai.

Permasalahan muncul ketika realitas di lapangan seringkali belum sepenuhnya selaras dengan apa yang diamanatkan oleh UU No. 25/2009. Banyak kasus menunjukkan adanya ketidakpatuhan terhadap standar pelayanan, malpraktik, hingga isu-isu tentang ketidakadilan akses terhadap layanan kesehatan. Hal ini menunjukkan adanya celah dalam implementasi dan pengawasan terhadap praktik pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, analisis mengenai aspek hukum kesehatan dalam pengawasan praktik pelayanan kesehatan menjadi sangat penting.

Pertama-tama, perlu dipahami bahwa UU No. 25/2009 menetapkan prinsip-prinsip dasar yang harus diikuti dalam penyelenggaraan setiap jenis pelayanan publik, termasuk kesehatan. Prinsip-prinsip tersebut mencakup aspek kepastian hukum, akuntabilitas, pelayanan yang kondusif dan non-

diskriminatif, serta perlindungan hak-hak publik. Dalam konteks pelayanan kesehatan, prinsip-prinsip ini bukan hanya sekadar panduan, tetapi harus diwujudkan dalam setiap aspek praktik medis, mulai dari pendaftaran pasien, pemeriksaan, pengobatan, hingga tindak lanjut pasca-pengobatan.

Kemudian, terdapat isu kepatuhan terhadap standar pelayanan. Standar pelayanan kesehatan di Indonesia dirancang untuk memastikan bahwa setiap warga negara mendapat akses terhadap layanan kesehatan yang aman, berkualitas, dan terjangkau. Namun, tantangan dalam implementasi standar tersebut seringkali muncul, baik dari sisi penyedia layanan (seperti rumah sakit, klinik, dan praktik dokter) maupun dari sisi pengguna layanan (yakni pasien dan masyarakat umum).

Selanjutnya, aspek penting lainnya adalah tentang akuntabilitas dalam pelayanan kesehatan. Akuntabilitas dalam konteks ini meliputi tanggung jawab legal dan etis penyedia layanan kesehatan terhadap pasien. Dalam konteks UU No. 25/2009, akuntabilitas bukan hanya terbatas pada penyediaan

layanan yang memenuhi standar, tetapi juga termasuk transparansi, penanganan keluhan, dan mekanisme penyelesaian sengketa. Isu akuntabilitas menjadi sangat penting mengingat adanya kasus-kasus malpraktik dan kelalaian yang terkadang terjadi dalam praktik medis. Pemahaman yang mendalam terhadap akuntabilitas ini dapat mencegah terjadinya pelanggaran hak pasien dan memastikan bahwa setiap tindakan medis dilakukan sesuai dengan etika profesi dan regulasi yang berlaku.

Permasalahan lain yang sering muncul adalah mengenai aksesibilitas dan kesetaraan dalam pelayanan kesehatan. Akses yang adil dan merata merupakan salah satu pilar utama UU No. 25/2009. Dalam konteks kesehatan, ini berarti bahwa setiap individu, tanpa memandang status ekonomi, lokasi geografis, atau kondisi sosial, berhak mendapatkan layanan kesehatan yang layak. Namun, realitas menunjukkan bahwa masih terdapat ketimpangan akses terhadap layanan kesehatan, terutama antara wilayah urban dan rural, serta antara kelompok

masyarakat berpenghasilan tinggi dan rendah. Oleh karena itu, aspek hukum kesehatan dalam konteks kesetaraan dan aksesibilitas layanan menjadi topik yang tidak dapat diabaikan.

Ditambah lagi, di era digital ini, muncul tantangan baru dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan, seperti isu privasi dan keamanan data pasien. UU No. 25/2009, meskipun telah memberikan kerangka hukum yang baik, mungkin perlu diperbarui atau ditambah dengan regulasi khusus yang menangani aspek-aspek terkini seperti digitalisasi layanan kesehatan dan perlindungan data pasien.

Mengingat kompleksitas dan pentingnya isu ini, analisis terhadap aspek hukum kesehatan dalam pengawasan praktik pelayanan kesehatan menjadi sangat relevan dan diperlukan. Dengan memahami berbagai dimensi hukum yang terlibat, kita dapat mengidentifikasi kelemahan dalam sistem saat ini, memperkuat mekanisme pengawasan, dan pada akhirnya meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di Indonesia.

Penerapan Prinsip-prinsip Dasar Pelayanan Publik dalam Sektor Kesehatan

Dalam konteks hukum, penerapan prinsip-prinsip dasar pelayanan publik dalam sektor kesehatan merupakan suatu keharusan yang tidak hanya diatur oleh peraturan perundang-undangan, tetapi juga merupakan manifestasi dari hak asasi manusia. Prinsip-prinsip dasar pelayanan publik yang diamanatkan oleh UU No. 25/2009, seperti kepastian hukum, akuntabilitas, kondusivitas, non-diskriminasi, dan perlindungan hak publik, harus diintegrasikan secara mendalam dalam sektor kesehatan. Berikut adalah analisis lebih lanjut mengenai penerapan prinsip-prinsip tersebut:

1. **Kepastian Hukum:** Kepastian hukum dalam pelayanan kesehatan berarti bahwa setiap prosedur dan kebijakan kesehatan harus jelas, transparan, dan konsisten dengan hukum yang berlaku. Ini termasuk kejelasan dalam prosedur administrasi, hak dan kewajiban pasien, serta standar pengobatan yang harus diikuti oleh tenaga kesehatan. Kepastian hukum menjadi fondasi yang

penting untuk menjamin bahwa setiap warga negara mendapatkan pelayanan kesehatan yang adil dan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

2. Akuntabilitas: Dalam sektor kesehatan, akuntabilitas berkaitan dengan tanggung jawab penyedia layanan kesehatan terhadap pasien. Ini mencakup tidak hanya penanganan medis yang tepat, tetapi juga kepatuhan terhadap etika profesi dan regulasi yang berlaku. Akuntabilitas ini juga termasuk transparansi dalam setiap proses layanan, serta adanya mekanisme yang jelas dan efektif untuk menangani keluhan dan sengketa.
3. Kondusivitas: Lingkungan pelayanan kesehatan harus kondusif, yang berarti mendukung penyelenggaraan layanan kesehatan yang aman dan berkualitas. Hal ini mencakup ketersediaan fasilitas dan peralatan yang memadai, lingkungan yang higienis, serta tenaga kesehatan yang

kompeten dan memiliki etika profesi yang baik.

4. Non-Diskriminasi: Prinsip non-diskriminasi menekankan pentingnya pelayanan kesehatan yang dapat diakses oleh semua lapisan masyarakat tanpa diskriminasi. Hal ini sangat penting dalam konteks Indonesia, di mana terdapat keragaman sosial, ekonomi, dan geografis. Penerapan prinsip ini menuntut adanya kebijakan yang memastikan aksesibilitas layanan kesehatan yang merata bagi seluruh warga negara, termasuk kelompok rentan dan marginal.
5. Perlindungan Hak Publik: Pelayanan kesehatan harus mampu melindungi hak-hak publik, yang meliputi hak untuk mendapatkan layanan kesehatan yang berkualitas, hak atas informasi kesehatan yang akurat, dan hak untuk mendapatkan privasi dan kerahasiaan medis. Perlindungan hak ini tidak hanya menjadi tanggung jawab penyedia layanan

kesehatan, tetapi juga harus dijamin oleh hukum dan kebijakan pemerintah.

Penerapan prinsip-prinsip ini dalam sektor kesehatan Indonesia menghadapi beberapa tantangan. Pertama, adanya kesenjangan dalam kualitas layanan antara daerah urban dan rural. Kedua, terbatasnya sumber daya di beberapa fasilitas kesehatan, yang berpengaruh pada kualitas layanan. Ketiga, perlu adanya peningkatan kesadaran dan pengetahuan hukum baik bagi penyedia layanan kesehatan maupun masyarakat.

Untuk mengatasi tantangan tersebut, diperlukan kerja sama yang kuat antara pemerintah, penyedia layanan kesehatan, dan masyarakat. Pemerintah perlu menguatkan regulasi dan pengawasannya, memastikan distribusi sumber daya yang adil, dan meningkatkan edukasi kesehatan kepada masyarakat. Penyedia layanan kesehatan harus terus meningkatkan standar layanan sesuai dengan regulasi dan etika profesi. Sementara masyarakat harus aktif dalam

mengawasi dan menuntut haknya atas layanan kesehatan yang berkualitas.

Standar Pelayanan Kesehatan dan Implementasinya
Standar pelayanan kesehatan merupakan kriteria yang harus dipenuhi dalam penyelenggaraan layanan kesehatan untuk menjamin kualitas dan keamanan pasien. Standar ini mencakup berbagai aspek, mulai dari kualifikasi tenaga kesehatan, prosedur medis, fasilitas dan peralatan, hingga hak-hak pasien. Implementasi standar pelayanan kesehatan merupakan aspek penting yang menentukan efektivitas dan efisiensi layanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat. Berikut adalah analisis lebih lanjut mengenai standar pelayanan kesehatan dan implementasinya:

1. **Pengaturan Standar Pelayanan Kesehatan:**
Standar pelayanan kesehatan di Indonesia diatur dalam berbagai peraturan dan kebijakan, baik pada tingkat nasional maupun internasional. Hal ini mencakup standar yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan,

standar profesional yang dibuat oleh berbagai asosiasi medis, serta standar internasional seperti yang dikeluarkan oleh World Health Organization (WHO). Pengaturan ini bertujuan untuk menciptakan kerangka kerja yang jelas dalam penyelenggaraan layanan kesehatan yang berkualitas.

2. Implementasi di Fasilitas Kesehatan: Implementasi standar pelayanan kesehatan melibatkan berbagai fasilitas, mulai dari rumah sakit, klinik, hingga praktik dokter pribadi. Pentingnya memastikan bahwa setiap fasilitas ini mematuhi standar yang telah ditetapkan, termasuk dalam hal infrastruktur, prosedur operasional, manajemen pasien, dan penanganan kasus. Tantangan yang sering dihadapi termasuk keterbatasan sumber daya, terutama di daerah terpencil, serta kesenjangan dalam penerapan standar antar fasilitas.

3. **Pelatihan dan Pengembangan Tenaga Kesehatan:** Salah satu aspek penting dalam implementasi standar pelayanan kesehatan adalah kualitas tenaga kesehatan. Ini mencakup tidak hanya pendidikan formal yang memadai, tetapi juga pelatihan berkelanjutan dan pengembangan profesional. Peningkatan kapasitas tenaga kesehatan sangat penting untuk memastikan pelayanan yang aman, efektif, dan sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi terkini.
4. **Monitoring dan Evaluasi:** Untuk memastikan bahwa standar pelayanan kesehatan diimplementasikan secara efektif, perlu dilakukan monitoring dan evaluasi secara berkala. Ini bisa melibatkan audit internal, penilaian oleh badan independen, serta feedback dari pasien dan masyarakat. Melalui proses ini, dapat diidentifikasi area yang memerlukan perbaikan, serta memastikan

akuntabilitas fasilitas kesehatan terhadap standar yang telah ditetapkan.

5. Tantangan dan Solusi: Beberapa tantangan dalam implementasi standar pelayanan kesehatan di Indonesia antara lain termasuk ketimpangan distribusi fasilitas dan tenaga kesehatan, keterbatasan anggaran, dan perbedaan kualitas layanan antar daerah. Untuk mengatasi hal ini, diperlukan upaya peningkatan investasi di sektor kesehatan, pemerataan distribusi sumber daya, dan peningkatan akses terhadap pendidikan dan pelatihan bagi tenaga kesehatan, khususnya di daerah terpencil.

Implementasi standar pelayanan kesehatan yang efektif sangat penting untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan di Indonesia. Hal ini tidak hanya menyangkut kesehatan dan keselamatan pasien, tetapi juga merupakan indikator penting dalam pencapaian tujuan pembangunan berkelanjutan, khususnya dalam hal kesehatan yang baik dan kesejahteraan bagi semua.

Akuntabilitas Penyedia Layanan Kesehatan

Akuntabilitas dalam sektor kesehatan menekankan pada tanggung jawab yang harus dipikul oleh penyedia layanan kesehatan terhadap pasien dan masyarakat. Aspek ini sangat penting dalam memastikan kualitas pelayanan serta kepercayaan publik terhadap sistem kesehatan. Akuntabilitas ini mencakup beberapa aspek penting, yang meliputi kepatuhan terhadap standar medis, tanggung jawab etis, serta transparansi dan responsivitas terhadap kebutuhan pasien. Berikut adalah analisis lebih lanjut mengenai akuntabilitas penyedia layanan kesehatan:

1. Kepatuhan Terhadap Standar Medis dan Hukum: Akuntabilitas pertama dan utama penyedia layanan kesehatan adalah kepatuhan terhadap standar medis yang berlaku serta peraturan hukum. Hal ini mencakup penerapan praktik terbaik dalam perawatan medis, penggunaan protokol yang tepat dalam diagnosis dan pengobatan, serta pemenuhan semua regulasi yang berkaitan

dengan kesehatan, termasuk hak pasien dan kewajiban penyedia layanan.

2. **Tanggung Jawab Etis:** Penyedia layanan kesehatan juga memiliki tanggung jawab etis terhadap pasien. Ini termasuk menjaga kerahasiaan informasi pasien, memberikan informasi yang lengkap dan jujur terkait kondisi dan pilihan pengobatan, serta menghindari konflik kepentingan. Tanggung jawab etis juga mencakup perlakuan yang adil dan tanpa diskriminasi kepada semua pasien.
3. **Transparansi dan Komunikasi:** Transparansi dalam proses medis dan keputusan yang diambil sangat penting untuk membangun kepercayaan pasien. Ini termasuk memberikan informasi yang jelas mengenai diagnosis, opsi pengobatan, risiko yang terkait, serta biaya yang akan dikeluarkan. Komunikasi yang efektif antara penyedia layanan dan pasien juga merupakan bagian penting dari akuntabilitas.

4. Responsivitas terhadap Keluhan dan Sengketa: Penyedia layanan kesehatan harus responsif terhadap keluhan dan masukan dari pasien. Hal ini mencakup penyediaan mekanisme pengaduan yang mudah diakses dan proses penanganan keluhan yang cepat dan adil. Dalam hal terjadi sengketa atau klaim malpraktik, penyedia layanan harus bersikap kooperatif dalam proses penyelesaian.
5. Pengembangan dan Peningkatan Kualitas Layanan: Akuntabilitas juga berarti komitmen berkelanjutan untuk pengembangan profesional dan peningkatan kualitas layanan. Ini termasuk pendidikan dan pelatihan berkelanjutan bagi tenaga kesehatan, serta evaluasi dan perbaikan proses layanan berdasarkan feedback dan hasil monitoring.
6. Pengawasan dan Regulasi oleh Pemerintah: Pemerintah memiliki peran penting dalam mengawasi dan memastikan akuntabilitas penyedia layanan kesehatan. Ini termasuk

pengaturan, pemberian lisensi, serta audit dan inspeksi reguler untuk memastikan bahwa standar layanan terpenuhi.

Akuntabilitas penyedia layanan kesehatan adalah kunci dalam mewujudkan sistem kesehatan yang tidak hanya efektif tetapi juga adil dan berorientasi pada pasien. Peningkatan akuntabilitas ini membutuhkan kerjasama antara penyedia layanan, pasien, masyarakat, dan pemerintah, serta penggunaan teknologi dan sistem informasi yang baik untuk memonitor dan mengevaluasi kinerja layanan kesehatan.

Dari perspektif hukum, akuntabilitas ini berarti bahwa setiap penyedia layanan kesehatan harus dapat menunjukkan kepatuhan terhadap standar dan regulasi yang telah ditetapkan. Hal ini mencakup kepatuhan terhadap protokol medis, standar fasilitas dan peralatan, serta hak-hak pasien. UU No. 25/2009 memberikan kerangka bagi pemerintah untuk melakukan pengawasan yang efektif terhadap penyedia layanan kesehatan melalui inspeksi rutin, audit, dan mekanisme penilaian lainnya.

Lebih lanjut, UU ini juga mengatur tentang sanksi yang dapat diberikan pada penyedia layanan kesehatan yang tidak memenuhi standar atau melanggar ketentuan yang berlaku. Sanksi ini dapat berupa teguran, denda, hingga pencabutan izin praktik atau operasional bagi penyedia layanan yang secara serius dan/atau berulang kali melanggar standar dan regulasi yang ditetapkan. Sanksi ini bertujuan untuk menjamin bahwa setiap warga negara mendapatkan layanan kesehatan yang berkualitas dan aman, serta untuk mencegah terjadinya malpraktik dan kelalaian dalam pelayanan kesehatan.

Dalam praktiknya, penegakan hukum dan penerapan sanksi ini menghadapi berbagai tantangan, termasuk keterbatasan sumber daya dan infrastruktur untuk melakukan pengawasan yang memadai. Oleh karena itu, penting bagi pemerintah untuk memperkuat sistem pengawasan dan penegakan hukum dalam sektor kesehatan, termasuk melalui kerja sama dengan asosiasi

profesi, lembaga swadaya masyarakat, dan partisipasi aktif masyarakat.

Melalui penerapan akuntabilitas yang ketat sesuai dengan ketentuan UU No. 25/2009, diharapkan dapat tercipta sistem layanan kesehatan di Indonesia yang tidak hanya efisien dan efektif, tetapi juga adil, transparan, dan bertanggung jawab, sehingga mampu menghadirkan layanan kesehatan yang berkualitas untuk seluruh lapisan masyarakat.

BAB 9. Problematika Yuridis Dan Prinsip Perlindungan Hukum Dalam Pelayanan Kesehatan Jarak Jauh Menggunakan Teknologi Informasi Dan Komunikasi

Di era digital saat ini, pelayanan kesehatan jarak jauh atau telemedisin telah berkembang pesat sebagai respons terhadap kebutuhan akses layanan kesehatan yang lebih luas dan efisien. Penggunaan teknologi informasi dan komunikasi (TIK) dalam pelayanan kesehatan memungkinkan pasien untuk menerima perawatan dari jarak jauh, menawarkan kemudahan, mengurangi kebutuhan perjalanan, dan memberikan akses ke sumber daya medis yang mungkin tidak tersedia di lokasi pasien. Namun, pengembangan dan implementasi telemedisin ini juga menimbulkan berbagai problematika yuridis dan tantangan dalam hal perlindungan hukum, yang penting untuk diidentifikasi dan dibahas secara mendalam.

Salah satu isu utama dalam telemedisin adalah masalah kerahasiaan dan keamanan data. Penggunaan TIK dalam pelayanan kesehatan

mengharuskan pengumpulan, penyimpanan, dan transfer data kesehatan pasien secara digital. Hal ini menimbulkan pertanyaan tentang bagaimana menjaga kerahasiaan dan integritas data tersebut, serta memastikan bahwa data pasien dilindungi dari akses ilegal dan penyalahgunaan. Regulasi yang ada harus dapat menjamin privasi dan keamanan data pasien dalam konteks digital yang rentan terhadap serangan siber dan kebocoran data.

Selanjutnya, pertanggungjawaban profesional dan standar perawatan dalam telemedisin menjadi masalah hukum penting lainnya. Dalam konteks telemedisin, terdapat tantangan dalam menentukan siapa yang bertanggung jawab atas diagnosis dan pengobatan yang diberikan melalui platform digital. Ini menimbulkan pertanyaan tentang bagaimana standar perawatan medis diterapkan dan dijaga dalam lingkungan virtual. Selain itu, masalah lisensi praktisi kesehatan, terutama ketika mereka menyediakan layanan melintasi batas yurisdiksi geografis, menjadi topik penting lainnya yang membutuhkan klarifikasi hukum.

Konsentasi informasi dalam telemedisin juga menjadi isu hukum yang krusial. Proses mendapatkan persetujuan informasi dari pasien dalam lingkungan digital mungkin berbeda dengan metode konvensional, mengingat tantangan dalam memastikan bahwa pasien benar-benar memahami prosedur dan risiko yang terlibat. Regulasi harus menjamin bahwa proses konsentasi dilakukan dengan cara yang memastikan pemahaman dan persetujuan yang sebenarnya dari pasien.

Terakhir, pengaturan dan kepatuhan terhadap regulasi menjadi fokus utama dalam pembahasan ini. Perlu ada regulasi yang jelas dan konsisten yang mengatur praktik telemedisin, standar teknologi yang digunakan, serta kerangka kerja kerjasama lintas negara. Regulasi ini harus cukup dinamis untuk beradaptasi dengan perkembangan teknologi yang cepat, sambil tetap memastikan perlindungan hukum yang memadai bagi pasien dan penyedia layanan kesehatan.

Pembahasan tentang problematika yuridis dan prinsip perlindungan hukum dalam telemedisin ini

sangat penting mengingat implikasinya yang luas terhadap akses layanan kesehatan, kualitas perawatan, serta hak dan kewajiban pasien dan penyedia layanan kesehatan. Dengan mengidentifikasi dan menangani tantangan ini, dapat tercipta kerangka hukum yang kokoh untuk mendukung pengembangan telemedisin yang aman, efisien, dan etis.

Kerahasiaan dan Keamanan Data dalam Telemedisin

Dalam era digital saat ini, penggunaan telemedisin telah menjadi bagian integral dari sistem kesehatan. Sementara telemedisin menawarkan banyak keuntungan seperti aksesibilitas dan efisiensi, isu kerahasiaan dan keamanan data menjadi perhatian utama, terutama dari perspektif hukum. Perlindungan data pasien dalam telemedisin tidak hanya penting untuk menjaga privasi individu, tetapi juga untuk mempertahankan integritas sistem kesehatan.

Pertama, penting untuk memahami lingkup kerahasiaan dan keamanan data dalam konteks telemedisin. Data yang dikumpulkan melalui

telemedisin sering kali sangat sensitif, mencakup informasi pribadi pasien, catatan medis, riwayat pengobatan, hingga data genetik. Menjaga kerahasiaan data ini bukan hanya tuntutan etis, tetapi juga hukum. Di Indonesia, regulasi seperti Undang-Undang Kesehatan No. 36 Tahun 2009 dan Undang-Undang Informasi dan Transaksi Elektronik No. 11 Tahun 2008, memberikan kerangka hukum yang mengatur pengumpulan, penyimpanan, dan penggunaan data kesehatan.

Salah satu aspek kunci dalam pengaturan ini adalah kewajiban penyedia layanan kesehatan untuk menjaga kerahasiaan dan keamanan data pasien. Ini melibatkan penggunaan teknologi enkripsi, sistem keamanan yang kuat, dan protokol yang memastikan data hanya dapat diakses oleh pihak yang berwenang. Pelanggaran terhadap kerahasiaan data pasien bisa menimbulkan konsekuensi hukum serius, termasuk sanksi pidana dan denda.

Selain itu, terdapat tantangan dalam menjaga keamanan data dalam transmisi antara pasien dan penyedia layanan kesehatan. Risiko serangan siber,

seperti phishing dan ransomware, meningkat seiring dengan penggunaan teknologi informasi dalam kesehatan. Dalam konteks ini, Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2016 tentang Perubahan atas UU No. 11 Tahun 2008 tentang Informasi dan Transaksi Elektronik menjadi relevan, karena menyediakan kerangka hukum untuk melindungi data dan informasi elektronik serta mengatur sanksi bagi pelanggaran keamanan data.

Lebih lanjut, penting juga untuk mempertimbangkan aspek konsentasi dalam pengumpulan dan penggunaan data kesehatan. Pasien harus memberikan persetujuan yang informasinya setelah diberikan penjelasan lengkap tentang bagaimana data mereka akan digunakan. Hal ini sesuai dengan prinsip kepatuhan terhadap hak asasi pasien yang diatur dalam peraturan perundang-undangan.

Dalam konteks internasional, telemedisin seringkali melibatkan transfer data lintas batas, yang menghadirkan tantangan tambahan dalam hal kepatuhan terhadap berbagai regulasi keamanan

data. Contohnya, General Data Protection Regulation (GDPR) Uni Eropa mempengaruhi bagaimana data kesehatan dari warga Uni Eropa harus ditangani, bahkan ketika diolah oleh penyedia layanan kesehatan di luar Uni Eropa.

Pengawasan dan penegakan hukum terhadap keamanan data dalam telemedisin adalah aspek penting lainnya. Lembaga seperti Kementerian Kesehatan dan Komisi Informasi dan Transaksi Elektronik perlu memastikan bahwa penyedia layanan kesehatan mematuhi standar keamanan data yang ditetapkan. Ini mungkin melibatkan inspeksi rutin dan audit keamanan data.

Akhirnya, dalam mengatasi tantangan ini, kolaborasi antar berbagai pemangku kepentingan, termasuk penyedia layanan kesehatan, pemerintah, dan badan pengatur, menjadi penting. Pengembangan kebijakan, peningkatan kesadaran, dan pelatihan tentang keamanan data, serta penerapan teknologi keamanan data terbaru, adalah langkah-langkah penting yang harus diambil.

Dalam rangka memberikan pelayanan kesehatan yang aman dan efektif melalui telemedisin, menjaga kerahasiaan dan keamanan data pasien adalah prioritas utama. Kerangka hukum yang ada harus terus diperbarui dan diperkuat untuk mengatasi tantangan yang muncul seiring dengan perkembangan teknologi dan praktik telemedisin.

Tanggung Jawab Profesional dan Standar Perawatan dalam Telemedisin

Dalam konteks telemedisin, tanggung jawab profesional dan standar perawatan medis menimbulkan sejumlah pertanyaan hukum yang kompleks. Dengan pergeseran dari interaksi tatap muka tradisional ke layanan digital, norma-norma dan ekspektasi yang berkaitan dengan kualitas perawatan, kerahasiaan pasien, dan kepatuhan terhadap standar profesional, semakin dievaluasi ulang. Analisis hukum dalam aspek ini memfokuskan pada bagaimana regulasi kesehatan dan hukum medis menangani tantangan baru yang muncul dari praktik telemedisin.

Pertama, standar perawatan dalam telemedisin harus sesuai dengan standar yang diakui dalam praktik medis konvensional. Ini berarti bahwa walaupun medium konsultasi berubah, kualitas perawatan yang diberikan harus tetap memenuhi ekspektasi yang sama dengan perawatan tatap muka. Penyedia layanan telemedisin harus mampu melakukan diagnosa yang akurat, memberikan rekomendasi perawatan yang tepat, dan memastikan pemantauan pasien. Pertanyaan hukum muncul tentang bagaimana standar ini diukur dan dipertahankan dalam konteks digital.

Tanggung jawab profesional dalam telemedisin juga berkaitan dengan kompetensi dalam menggunakan teknologi. Para praktisi harus memiliki pengetahuan dan keahlian yang memadai untuk menggunakan platform telemedisin. Hal ini tidak hanya berlaku pada aspek teknologi, tetapi juga pada kemampuan untuk berkomunikasi efektif dengan pasien dalam setting virtual.

Di Indonesia, regulasi seperti Undang-Undang Praktik Kedokteran No. 29 Tahun 2004 dan peraturan

yang dikeluarkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia memberikan pedoman terkait dengan standar praktik medis dan tanggung jawab profesional. Namun, dalam konteks telemedisin, terdapat kebutuhan untuk memperjelas bagaimana regulasi ini diterapkan. Misalnya, bagaimana prosedur informed consent dijalankan, dan bagaimana tanggung jawab dibagi antara dokter yang memberikan layanan jarak jauh dan fasilitas kesehatan yang menyediakan platform telemedisin.

Selanjutnya, aspek hukum terkait dengan lisensi dan yurisdiksi menjadi semakin penting. Telemedisin seringkali menyeberangi batas geografis, sehingga menimbulkan pertanyaan tentang lisensi dan yurisdiksi mana yang berlaku. Regulasi di Indonesia mungkin harus disesuaikan untuk mengakomodasi praktik lintas batas ini, termasuk kerjasama dengan badan regulasi di negara lain.

Pengawasan dan penegakan hukum juga menjadi faktor penting dalam memastikan tanggung jawab profesional. Lembaga pengawas seperti

Konsil Kedokteran Indonesia harus mampu menilai dan mengaudit praktik telemedisin untuk memastikan bahwa standar perawatan dan tanggung jawab profesional terpenuhi.

Terakhir, dalam hal terjadi malpraktik atau pelanggaran standar perawatan, sistem hukum harus mampu menyediakan mekanisme penyelesaian sengketa yang adil dan efektif. Ini termasuk mempertimbangkan bagaimana bukti dalam konteks telemedisin dikumpulkan dan dievaluasi.

Dalam mengatasi tantangan ini, diperlukan kolaborasi antara pemerintah, lembaga profesional, penyedia layanan telemedisin, dan pihak-pihak terkait lainnya. Pengembangan regulasi yang dinamis dan adaptif, yang dapat beradaptasi dengan perkembangan teknologi dan praktik medis, adalah kunci untuk memastikan bahwa telemedisin dapat berkembang sebagai bagian integral dari sistem kesehatan yang aman dan bertanggung jawab.

Terakhir, kami mencoba analisis perspektif Undang-undang terbaru tentang kesehatan yang

menggantikan 14 undang-undang tentang kesehatan yang ada sebelumnya. Pasal 25 dari Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan di Indonesia menandai langkah signifikan dalam regulasi telemedisin dan telekesehatan, memberikan kerangka hukum yang jelas untuk integrasi teknologi informasi dan komunikasi dalam pelayanan kesehatan. Pasal ini secara eksplisit memperbolehkan dan mengatur penggunaan telemedisin dan telekesehatan, menunjukkan pengakuan pemerintah terhadap pentingnya inovasi teknologi dalam sektor kesehatan.

Dengan adanya pasal ini, tanggung jawab profesional dan standar perawatan dalam telemedisin mendapatkan landasan hukum yang lebih kuat. Pasal 25 ayat (4) menegaskan bahwa pemberian pelayanan klinis melalui telemedisin harus dilakukan oleh tenaga medis atau tenaga kesehatan yang memiliki izin praktik. Hal ini penting untuk memastikan bahwa pelayanan yang diberikan melalui telemedisin memenuhi standar kualitas dan

keselamatan pasien yang sama dengan pelayanan kesehatan konvensional.

Pasal ini juga menunjukkan pentingnya integrasi sistem telemedisin dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional, yang berarti bahwa ada koordinasi dan kesinambungan informasi kesehatan yang lebih baik antara berbagai penyedia layanan kesehatan. Integrasi ini penting untuk mendukung keputusan klinis yang informasinya dan memastikan bahwa data kesehatan pasien dapat diakses secara aman dan efisien.

Pasal 25 ayat (2) dan (3) mengakui kedua aspek klinis dan nonklinis dari telekesehatan. Ini menunjukkan pemahaman bahwa telemedisin bukan hanya tentang interaksi langsung antara dokter dan pasien, tetapi juga meliputi aspek-aspek seperti konsultasi, pendidikan kesehatan, dan manajemen kesehatan populasi. Ini mencerminkan tren global dalam telemedisin yang tidak hanya fokus pada diagnosis dan pengobatan, tetapi juga pada promosi kesehatan dan pencegahan penyakit.

Selanjutnya, pasal ini juga menegaskan kebutuhan untuk regulasi lebih lanjut melalui Peraturan Pemerintah, yang akan memberikan detail lebih lanjut mengenai operasionalisasi dan pengawasan pelayanan telemedisin. Hal ini penting untuk memastikan bahwa ada pedoman yang jelas dan spesifik untuk praktik ini, termasuk aspek keamanan data, persetujuan pasien, dan kerjasama antar penyedia layanan kesehatan.

Implementasi dari UU No 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan ini akan memainkan peran kunci dalam menjembatani kesenjangan antara kebutuhan praktis dari telemedisin dan kerangka hukum yang ada. Dengan demikian, ini akan membantu dalam meningkatkan aksesibilitas layanan kesehatan, sambil memastikan keamanan, kerahasiaan, dan kualitas perawatan medis yang diberikan melalui platform digital.

Regulasi dan Kepatuhan dalam Telemedisin

Regulasi dan kepatuhan dalam telemedisin menjadi aspek penting dalam menjamin bahwa

penggunaan teknologi informasi dan komunikasi dalam layanan kesehatan dilaksanakan secara aman, etis, dan efisien. Dalam konteks hukum, regulasi telemedisin harus mencakup berbagai aspek, mulai dari perlindungan data dan privasi, kualitas layanan medis, hingga akses dan kesetaraan dalam pelayanan kesehatan.

Pertama, regulasi harus menjamin bahwa semua kegiatan telemedisin mematuhi standar keamanan data yang ketat. Hal ini relevan dengan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2008 tentang Informasi dan Transaksi Elektronik, yang menetapkan kerangka kerja untuk perlindungan data pribadi dan informasi kesehatan pasien. Dalam konteks telemedisin, hal ini berarti bahwa penyedia layanan harus mengimplementasikan protokol keamanan yang mencegah akses tidak sah dan menjamin integritas data.

Selanjutnya, regulasi harus memastikan bahwa telemedisin tidak mengurangi standar

perawatan yang diberikan kepada pasien. Ini berarti bahwa layanan yang disediakan melalui telemedisin harus setara dengan kualitas layanan yang diberikan secara tatap muka. Di Indonesia, peraturan yang dikeluarkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia dan Kementerian Kesehatan dapat memberikan pedoman tentang bagaimana standar ini dijaga dalam praktik telemedisin.

Aspek penting lainnya dari regulasi adalah akses dan kesetaraan dalam pelayanan kesehatan. Telemedisin harus dapat diakses oleh semua lapisan masyarakat, termasuk mereka yang berada di daerah terpencil atau tidak memiliki akses mudah ke fasilitas kesehatan konvensional. Regulasi harus memastikan bahwa tidak ada diskriminasi dalam pemberian layanan kesehatan melalui telemedisin.

Dalam konteks pengawasan dan penegakan hukum, lembaga pengawas seperti Kementerian Kesehatan dan Konsil Kedokteran Indonesia memiliki peran penting dalam memastikan kepatuhan terhadap regulasi ini. Mereka harus melakukan inspeksi dan audit secara berkala untuk

memastikan bahwa penyedia layanan telemedisin mematuhi standar keamanan data, standar perawatan medis, dan prinsip-prinsip akses dan kesetaraan.

Akhirnya, dalam hal terjadi pelanggaran regulasi, sistem hukum harus menyediakan mekanisme untuk penanganan keluhan dan sengketa, serta penerapan sanksi yang tepat. Hal ini penting untuk menjaga kepercayaan publik terhadap sistem telemedisin dan memastikan bahwa hak-hak pasien dilindungi.

Pengembangan regulasi yang efektif untuk telemedisin memerlukan kerjasama antara pembuat kebijakan, praktisi kesehatan, pakar IT, dan masyarakat. Regulasi harus cukup fleksibel untuk beradaptasi dengan perkembangan teknologi, sambil tetap memprioritaskan keamanan, kualitas, dan kesetaraan dalam pelayanan kesehatan.

Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan memberikan landasan hukum yang signifikan untuk regulasi dan kepatuhan dalam telemedisin di Indonesia. UU ini mengakui dan

mengatur pemanfaatan teknologi informasi dan komunikasi dalam pelayanan kesehatan, termasuk telemedisin, yang merupakan langkah penting dalam integrasi layanan kesehatan digital dalam sistem kesehatan nasional.

Dalam UU ini, pemanfaatan telemedisin diatur untuk memastikan bahwa layanan kesehatan yang diberikan secara digital memenuhi standar yang sama dengan layanan kesehatan konvensional. Ini mencakup kepatuhan terhadap standar keamanan data, yang penting untuk melindungi informasi pribadi dan kesehatan pasien. Dengan demikian, penyedia layanan telemedisin harus mematuhi undang-undang yang relevan terkait dengan perlindungan data, seperti UU tentang Informasi dan Transaksi Elektronik, serta standar internasional terkait keamanan data.

UU No. 17 Tahun 2023 juga menekankan pentingnya integrasi telemedisin dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional. Ini berarti bahwa pengumpulan, pemrosesan, dan penggunaan data kesehatan dalam telemedisin harus dilakukan

dengan cara yang memastikan integritas, keakuratan, dan aksesibilitas data. Kepatuhan terhadap regulasi ini esensial untuk memastikan bahwa data pasien dapat digunakan untuk mendukung keputusan klinis dan manajemen kesehatan secara lebih efektif dan efisien.

Selain itu, UU ini mengatur tentang penyelenggaraan pelayanan telemedisin, yang harus dilakukan oleh fasilitas pelayanan kesehatan dan tenaga medis yang memiliki izin praktik. Hal ini menunjukkan komitmen legislatif untuk memastikan bahwa hanya praktisi yang berkualifikasi dan berlisensi yang dapat menyediakan layanan telemedisin. Regulasi ini juga menjamin bahwa pelayanan yang diberikan melalui telemedisin mematuhi standar profesional dan etika medis yang telah ditetapkan.

Pasal 25 UU No. 17 Tahun 2023 juga mengindikasikan bahwa akan ada peraturan pemerintah lebih lanjut untuk mendetailkan aspek-aspek operasional dari telemedisin. Ini penting untuk menyediakan pedoman yang jelas tentang

bagaimana layanan telemedisin harus diselenggarakan, termasuk aspek seperti konsultasi informasi, manajemen kasus, dan koordinasi layanan antara berbagai penyedia layanan kesehatan.

Melalui regulasi ini, UU No. 17 Tahun 2023 berperan penting dalam mendukung pengembangan telemedisin di Indonesia. Ini tidak hanya memastikan bahwa telemedisin dijalankan dalam kerangka kerja hukum yang kokoh, tetapi juga menjamin bahwa inovasi dalam pelayanan kesehatan dapat diakses secara luas oleh masyarakat, dengan menjaga standar kualitas dan keamanan yang tinggi.

BAB 10. Analisis Yuridis Perlindungan Hukum Bagi Rumah Sakit Rujukan Covid-19 Dalam Menjalankan Pelayanan Kesehatan Di Masa Pandemi Covid-19

Rumah sakit sebagai salah satu institusi pelayanan kesehatan yang merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks. Berbagai jenis tenaga kesehatan dengan perangkat keilmuannya masing-masing berinteraksi satu sama lain. Ilmu pengetahuan dan teknologi yang berkembang sangat pesat yang harus diikuti oleh tenaga kesehatan dalam rangka pemberian pelayanan yang bermutu. Pada hakekatnya rumah sakit berfungsi sebagai tempat penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan dan fungsi yang dimaksud memiliki makna tanggung jawab pemerintah dalam meningkatkan taraf kesejahteraan masyarakat. Rumah Sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan merupakan bagian dari sumber daya

kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Dalam rangka memberikan kepastian dan perlindungan hukum untuk meningkatkan, mengarahkan dan memberikan dasar bagi pengelolaan Rumah Sakit diperlukan suatu perangkat hukum yang mengatur Rumah Sakit secara menyeluruh dalam bentuk Undang-Undang, maka diterbitkanlah Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, undang-undang tersebut merupakan aturan hukum yang baru tentang rumah sakit menggantikan aturan yang lama.

Pandemic Covid-19 telah memasuki Indonesia sejak awal tahun 2020. Pemerintah merespon dengan mengeluarkan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2020 Tentang Pembatasan Sosial Berskala Besar dalam Rangka Percepatan Penanganan Corona Virus Disease 2019 (Covid-19) dimana memberlakukan semi-karantina wilayah dalam bentuk Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB)

yang terstruktur dan dievaluasi secara berkelanjutan. Dalam hal PSBB ini menekankan pada sejumlah pembatasan kegiatan seperti meliburkan sekolah dan tempat kerja, pembatasan kegiatan keagamaan dan pembatasan penggunaan fasilitas umum. Munculnya fenomena penyebaran Covid-19 yang cepat di masyarakat menyebabkan pentingnya pelaksanaan PSBB ini ditekankan pada seluruh wilayah di Indonesia. Pemerintah dalam merespon terjadinya mobilitas yang dapat menyebabkan penyebaran Covid19 maka dikeluarkan Surat Edaran Nomor 21 Tahun 2021 Tentang Ketentuan Perjalanan Orang Dalam Negeri Pada Masa Pandemi Corona Virus Disease 2019 (Covid-19). Dalam surat edaran ditegaskan untuk protokol Setiap individu yang melaksanakan perjalanan orang wajib menerapkan dan mematuhi protokol kesehatan 3M, yaitu: memakai masker, menjaga jarak dan menghindari kerumunan, serta mencuci tangan dengan sabun atau menggunakan handsanitizer. Kedudukan rumah sakit dalam semakin menguat dalam tanggung jawab untuk

menyediakan surat keterangan negatif Covid-19 dan keterangan telah melaksanakan vaksinasi. Rumah sakit memiliki tanggung jawab dalam menyediakan pelayanan medis yang mengakomodir pasien dalam menerima tes Covid-19 dan vaksinasi yang dilakukan berkala. Hal ini menyebabkan peran sentral rumah sakit sangat diharapkan untuk mampu menjadi garda terdepan dalam penyediaan tempat perawatan pasien. Pandemi Covid-19 memberikan dampak pada penggunaan telemedicine dalam aktifitas konsultasi kesehatan.

Diterbitkannya Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.07/Menkes/4829/2021 Tentang Pedoman Pelayanan Kesehatan Melalui Telemedicine pada Masa Pandemi Corona Virus Disease 2019 (Covid-19) memberikan respon pada fenomena dimana konsultasi kesehatan yang sedianya dilakukan secara luring berpindah pada daring. Pelayanan telemedicine digunakan melalui pengembangan aplikasi peranti lunak yang dapat dikembangkan oleh lembaga kesehatan yang dapat bekerja sama

dengan pemerintah maupun pihak swasta. Pelayanan telemedicine digunakan sebagai bagian dari inovasi dalam bidang pelayanan kesehatan yang terdigitalisasi dan memerlukan suatu pengawasan yang ketat. Dalam era pandemi Covid-19 rumah sakit dapat memiliki program telemedicine bila memungkinkan atau bekerja sama dengan penyedia telemedicine untuk dapat memenuhi tanggung jawab pelayanan kesehatan pada masa Covid-19. Adapun dalam telemedicine dapat membantu pasien pada masa pandemi Covid-19 dengan menyediakan sejumlah layanan seperti Konsultasi Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE), Konsultasi Klinis, Pemeriksaan Penunjang, dan Pelayanan Telefarmasi. Hal ini menunjukkan dengan perubahan zaman dan perkembangan teknologi, rumah sakit tetap dapat melakukan pemenuhan tanggung jawabnya melalui penggunaan telemedicine pada pelayanan kesehatan. Dalam pelaksanaan pelayanan medis, peran sentral seorang dokter menjadi salah satu aspek terpenting yang dimiliki oleh rumah sakit.

Standarisasi pelayanan kedokteran diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1438/Menkes/Per/IX/2010 Tentang Standar Pelayanan Kedokteran. Rumah sakit memerlukan penerapan kode etik dan standar pelayanan kedokteran yang baik untuk pelayanan medis, hal ini ditambah dengan adanya pandemi Covid-19 menjadikan tenaga kesehatan yang didalamnya termasuk dokter merupakan garda terdepan pada penanganan Covid-19 di Indonesia. Penyusunan dari standar pelayanan kedokteran ini memiliki tujuan untuk memberikan jaminan kepada pasien untuk memperoleh pelayanan kedokteran yang berdasarkan pada nilai ilmiah sesuai dengan kebutuhan medis pasien, serta mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan kedokteran yang diberikan oleh dokter dan dokter gigi.

Banyak rumah sakit yang didirikan oleh swasta dapat berbentuk badan hukum yang kegiatan usahanya terkonsentrasi pada usaha rumah sakit. Oleh karena itu, kegiatan usaha terkait yang akan melakukan lindung nilai atas risiko yang ditimbulkan

oleh kegiatan lain yang dimiliki oleh badan hukum hanya bergerak di bidang usaha rumah sakit swasta. Adapun rumah sakit yang digerakan oleh swasta tidak dapat menyelenggarakan pengelolaannya secara perorangan (individu/natural person) tetapi harus diselenggarakan secara badan hukum (rechtspersoon) yang dapat dibentuk melalui yayasan atau perseorangan terbatas. Dalam hukum Indonesia peraturan perundang-undangan yang mengatur mengenai rumah sakit terdapat pada undang-undang nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Pada penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan tanggung jawab rumah sakit berdasarkan hukum positif di Indonesia yaitu berdasarkan pada Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit dan relevansinya pada daya dukung legal pada penyelesaian pandemi Covid-19. Dengan memahami konstruksi pemikiran hukum yang dibuat dalam kasus di Indonesia dapat digunakan sebagai dasar bagi sejumlah rumah sakit untuk mengetahui posisi dan wewenangnya dalam kedudukan sebagai fasilitas kesehatan untuk dapat

bersinergi berdasarkan Undang-Undang tersebut guna mendukung penyelesaian pandemic Covid-19.

Hak Dan Kewajiban Rumah Sakit Dalam Menjalankan Pelayanan Kesehatan Di Masa Pandemi Covid-19.

Rumah Sakit adalah rumah tempat merawat orang sakit, menyediakan dan memberikan pelayanan kesehatan yang meliputi berbagai masalah kesehatan. Menurut buku pedoman penyelenggaraan pelayanan rumah sakit, Rumah Sakit adalah semua sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, gawat darurat, tindakan medik, yang dilaksanakan selama 24 jam melalui upaya kesehatan perorangan. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Rumah sakit sebagai organ yang semula didirikan berdasarkan tujuan sosial, kemanusiaan atau keagamaan itu dalam sejarah pertumbuhannya

telah mengalami perkembangan, sehingga rumah sakit berfungsi untuk mempertemukan 2 (dua) tugas yang prinsipal yang membedakan dengan organ lain yang memproduksi jasa. Rumah sakit merupakan organ yang mempertemukan tugas yang didasari oleh dalil-dalil etik medik karena merupakan tempat bekerjanya para profesional penyandang lapal sumpah medik yang diikat oleh dalil-dalil hippocrates dalam melakukan tugasnya. Disamping itu dari segi hukum sebagai dasar bagi wadah Rumah Sakit sebagai organ yang bergerak dalam hubungan-hubungan hukum dalam masyarakat yang diikat oleh norma hukum dan norma etik masyarakat yang kedua norma tersebut berbeda, baik dalam pembentukannya, maupun dalam pelaksanaan akibatnya bila dilanggar.

Rumah Sakit diselenggarakan berasaskan Pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial. Pengaturan

penyelenggaraan Rumah Sakit bertujuan mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit, meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit, memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit, dan Rumah Sakit.

Pemerintah dan pemerintah daerah bertanggung jawab untuk menyediakan Rumah Sakit berdasarkan kebutuhan masyarakat, menjamin pembiayaan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit bagi fakir miskin, atau orang tidak mampu sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan, membina dan mengawasi penyelenggaraan Rumah Sakit, memberikan perlindungan kepada Rumah Sakit agar dapat memberikan pelayanan kesehatan secara profesional dan bertanggung jawab memberikan perlindungan kepada masyarakat pengguna jasa

pelayanan Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, menggerakkan peran serta masyarakat dalam pendirian Rumah Sakit sesuai dengan jenis pelayanan yang dibutuhkan masyarakat, menyediakan informasi kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat, menjamin pembiayaan pelayanan kegawat daruratan di Rumah Sakit akibat bencana dan kejadian luar biasa, menyediakan sumber daya manusia yang dibutuhkan, dan mengatur pendistribusian dan penyebaran alat kesehatan berteknologi tinggi dan bernilai tinggi.

Jaminan atas pelayanan kesehatan sebagaimana yang tercantum pada Pasal 28H ayat (1) Undang-Undang Dasar 1945 menjadi salah satu pertimbangan hukum dibentuknya Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, yang bertujuan 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 secara sosial dan ekonomis.

Secara umum dari lingkup hukum kesehatan tersebut, materi muatan yang dikandung didalamnya pada dasarnya adalah memberikan perlindungan kepada individu, masyarakat, dan memfasilitasi penyelenggaraan upaya kesehatan agar tujuan kesehatan dapat tercapai. Jayasuriya bertolak dari materi muatan yang mengatur masalah kesehatan menyatakan ada 5 (lima) fungsi yang mendasar, yaitu pemberian hak, penyediaan perlindungan, peningkatan kesehatan, pembiayaan kesehatan, dan penilaian terhadap kuantitas dan kualitas dalam pemeliharaan kesehatan.

Rumah sakit adalah institusi perawatan kesehatan yang kompleks, profesional dan padat modal. Kompleksitas ini muncul dari kenyataan bahwa layanan rumah sakit mencakup tingkat dan jenis disiplin ilmu yang berbeda, termasuk fungsi layanan, pendidikan, dan penelitian yang berbeda, dan memungkinkan rumah sakit untuk melakukan fungsi profesional baik dalam teknologi medis

maupun perawatan kesehatan. Untuk menjaga dan meningkatkan kualitas rumah sakit, diperlukan sarana untuk memastikan peningkatan kualitas di semua tingkatan.

Klasifikasi rumah sakit yang berlaku di Indonesia diatur melalui Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340/Menkes/Per/III/2010 Tentang Klasifikasi Rumah Sakit. Rumah sakti dapat diklasifikasikan melalui beberapa standar yaitu meliputi pelayanan, sumber daya manusia, peralatan, sarana prasarana, administrasi dan manajemen.

Peningkatan Covid-19 ini menimbulkan urgensi dalam memperluas rumah sakit rujukan penanganan Covid-19 yang tidak hanya mengacu pada sejumlah rumah sakit yang sudah memiliki klasifikasi diatas kelas C, namun juga rumah sakit dalam bentuk lain yang dapat membantuk penanganan Covid-19. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit menyatakan bahwa rumah sakit lapangan adalah rumah sakit yang

didirikan pada lokasi tertentu yang bersifat sementara selama masa darurat tertentu. Pada masa pandemi Covid-19 ini diperlukan urgensi pembuatan rumah sakit lapangan untuk mempercepat penanganan pandemi Covid-19 di seluruh pelosok Indonesia.

Hal ini dapat membantu sejumlah rumah sakit rujukan Covid-19 yang mengalami kewalahan dalam melakukan penanganan Covid-19 di daerahnya masing-masing. Merespon fenomena yang memerlukan ranah teknis dalam pembangunan rumah sakit lapangan yang khusus diperuntukan untuk penanganan Covid-19 maka pemerintah membentuk Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/230/2021 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Rumah Sakit Lapangan/Rumah Sakit Darurat Pada Masa Pandemi Corona Virus Disease 2019 (Covid-19).

Pendirian dari pelayanan rumah sakit lapangan memiliki sifat yang sementara selama masa pandemi Covid-19 masih berlangsung. Apa yang dinyatakan pada Pasal di atas, ditegaskan

secara lebih rinci lagi di data Penjelasan Pasal 1 Kode Etik Rumah Sakit Indonesia (KORDESI) yang menyatakan bahwa "Pengertian rumah sakit disini adalah sarana kesehatan yang merupakan kesatuan sosialekonomi, bukan merupakan kompilasi dari kode etik profesi penyelenggara pelayanan kesehatan, namun mengandung unsur dari etika profesi masing-masing penyelenggara, baik yang diselenggarakan oleh Pemerintah maupun masyarakat". Dalam Pasal 5 Pedoman Pelaksanaan KORDESI untuk Rumah Sakit di Indonesia, "Rumah Sakit sebagai institusi medis harus mengutamakan pekerjaan kemanusiaan dan fungsi sosial, bukan pada tujuannya." Unit etis ditegaskan. Pelayanan kesehatan sosial ekonomi rumah sakit sebagai suatu institusi dapat dikelola sehingga rumah sakit dapat memperoleh surplus keuangan dengan pengelolaan yang profesional dengan memperhatikan prinsip-prinsip ekonomi, tetapi pada hakekatnya bersifat sosial, mempunyai arti perusahaan. Untung dan untung tidak diprioritaskan).

Perkembangan pandemi Covid-19 saat ini, rumah sakit menjadi salah satu fasilitas kesehatan garda terdepan yang diharapkan dapat memberikan fasilitas kesehatan dan tenaga medis yang mumpuni untuk percepatan pencegahan dan penanganan Covid-19. Maka pada perkembangannya UU Rumah Sakit memberikan sejumlah landasan hukum untuk rumah sakit dapat mengetahui tugas, fungsi, hak maupun kewajibannya dalam pelayanan kesehatan. Selain itu secara lebih luas, UU Rumah Sakit dapat memberikan perspektif dalam pelayanan kesehatan untuk mengedepankan standar mutu pelayanan dalam utamanya untuk pencegahan dan penanganan pandemi Covid-19.

Sebagai bagian pelengkap, pada pandemi Covid-19 pemerintah melalui kementerian kesehatan mengeluarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/446/2020 Tentang Petunjuk Teknis Klaim Penggantian Biaya Pelayanan Pasien Penyakit Infeksi Emerging Tertentu bagi Rumah Sakit yang Menyelenggarakan Pelayanan Corona Virus Disease

2019 (Covid-19). Tujuan dari pembentukan peraturan ini adalah terselenggaranya penggantian biaya pelayanan pasien yang dapat diklaim bagi setiap pasien yang terinfeksi Covid-19 pada rumah sakit yang menyelenggarakan pelayan medis untuk menyembuhkan pasien terinfeksi Covid-19. Peraturan ini menambah hak pasien yang terinfeksi Covid-19 yang menjadi bagian kewajiban rumah sakit yang menangani kasus Covid-19 di Indonesia.

Hak dan Kewajiban Rumah Sakit Dalam melihat hubungan hukum maka dapat diidentifikasi melalui dua sisi yang diciptakan hukum sebagai bagian dari mengatur setiap hubungan antar manusia. Setiap hubungan hukum maka mengatur mengenai hak dan kewajiban. Kedua sisi ini saling melengkapi, tidak ada hak apabila tanpa kewajiban, maupun sebaliknya, tidak ada kewajiban bila tidak dibarengi oleh hak. Pada akhirnya hak dan kewajiban merupakan dua kemungkinan yang merupakan kewenangan yang menjadi kaidah dan bukanlah suatu peraturan. Dalam perkembangannya, hak merupakan sesuatu yang patut serta layak

untuk diterima seperti hak untuk hidup, hak beragama serta hak lainnya.

Standar pelayanan kesehatan yang mesti dipenuhi oleh setiap rumah sakit dalam melaksanakan pelayanan medis diatur dalam Dalam pengelolaan rumah sakit diatur dalam Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 77 Tahun 2015 Tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit. Dalam peraturan tersebut disebutkan dalam pasal 8 bahwa unsur pelayanan medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (1) huruf b merupakan unsur organisasi di bidang pelayanan medis yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada kepala Rumah Sakit atau direktur Rumah Sakit. Pelayanan medis menjadi salah satu aspek yang perlu diperluas hak dan kewajibannya dalam masa pandemi Covid-19. Unsur pelayanan medis ini dalam kerangka penyusunan rencana pemberian pelayanan medis memiliki peran dalam melakukan koordinasi dan pelaksanaan pelayanan medis, pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya, memiliki peran dalam keselamatan pasien serta melakukan

monitoring, pemantauan dan evaluasi pada pelaksanaan pelayanan medis.

Hal ini semakin menguatkan posisi rumah sakit dalam penanganan Covid-19 untuk melaksanakan koordinasi dan pelaksanaan pelayanan medis yang dapat membantu mengendalikan pandemi Covid-19. Dalam kajian ilmu hukum, hak dipandang sebagai kewenangan dari hukum objektif yang diberikan pada hukum subjektif yang memiliki implikasi kepada subjek hukum untuk dapat melakukan perbuatan terhadap sesuatu yang menjadi haknya. Dalam praktiknya sejumlah hak telah diimplementasikan dalam berbagai aktivitas manusia seperti terbentuknya pengakuan hak asasi manusia, hak untuk hidup, hak menyatakan pendapat di muka umum serta hak-hak lain yang ditetapkan melalui perlindungan perundang-undangan. Dalam kaitannya dengan rumah sakit, hak tersebut telah diatur dalam UU Rumah sakit dimana dijelaskan dalam pasal 30.

Hak rumah sakit diatur dalam Pasal 30 ayat (1) Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang

Rumah Sakit. Dalam sejumlah penjelasan hak rumah sakit yang tertuang dalam UU Rumah Sakit ini, menyatakan bahwa secara hukum rumah sakit memiliki sejumlah hak yang perlu dipenuhi sebagai kedudukan rumah sakit sebagai subyek penerima hak dalam hukum. Dalam UU Rumah Sakit hak rumah sakit diantaranya yang memiliki fokus untuk pendukung penanganan pandemi Covid-19 adalah memberikan jumlah, jenis dan kualifikasi sumber daya manusia untuk pelayanan medis. Dalam hal ini kebutuhan akan dokter, perawat dan pendukung pelayanan medis lainnya untuk ketetapan pelayanan medis merupakan hak dari rumah sakit. Di sisi lain dalam penyelenggaraann pelayanan kesehatan pada pandemi Covid-19, setiap rumah sakit memiliki hak perlindungan hukum selama rumah sakit dijadikan sebagai rumah sakit rujukan perawatan pandemi Covid-19.

Lebih luasnya dalam kebutuhan perawatan pandemi Covid-19, maka rumah sakit yang menjadi rujukan dapat memajukan pelayanan rumah sakit sesuai peraturan perundang-undangan, adapun

didalamnya termasuk dari dorongan pemerintah untuk bantuan Alat Perlindungan Diri (APB), obat-obatan, oksigen dan peralatan medis lainnya. Utamanya dalam perlindungan sumber daya manusia dalam pelayanan medis yang menjadi garda terdepan percepatan penanganan pandemi Covid-19. Dalam hukum tentu seperti halnya hak, maka kewajiban merupakan sesuatu yang dibebankan kepada subjek hukum. Kewajiban adalah suatu bentuk tanggung jawab yang harus dipenuhi oleh berbagai pihak 29.

Kewajiban dapat dikatakan sebagai suatu prinsip yang dapat secara paksa dituntut pada pemegang kewajiban tersebut dan pemegang kewajiban melakukan pelanggaran, hal ini dapat menimbulkan rasa berkepentingan dan rasa tanggung jawab bagi pemegang tanggung jawab. Dalam UU Rumah Sakit mengatur mengenai sejumlah kewajiban dari rumah sakit dalam kaitannya untuk pemenuhan dan optimalisasi pelayanan kesehatan pada pasien. Setiap rumah sakit memiliki kewajiban yang sama hal ini diatur

Pasal 29 ayat (1) Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit. Kewajiban dari rumah sakit bertambah dengan merespon fenomena dari adanya masukan untuk memberikan insentif atau santunan kepada keluarga tenaga kesehatan yang menangani pandemi covid-19. Dengan hal itu, pemerintah mengeluarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/278/2020 Tentang Pemberian Insentif dan Santunan Kematian Bagi Tenaga Kesehatan yang Menangani Corona Virus Disease 2019 (Covid-19).

Pada saat ini terjadi fenomena banyak dari tenaga kesehatan yang meninggal dunia diakibatkan terpapar oleh Covid-19. Hal ini direspon melalui pembentukan sejumlah insentif dan santunan kematian bagi tenaga kesehatan. Pada hakikatnya rumah sakit memiliki tanggung jawab untuk melindungi para tenaga kesehatan yang melaksanakan tugas pelayanan medis dari ancaman kematian, hal persuasif ini dapat berlaku melalui penerapan standar pelayanan medis serta

melaksanakan kewajiban rumah sakit. Perlindungan tenaga medis merupakan hal dari tenaga medis, dilain hal merupakan kewajiban dari rumah sakit.

Kewajiban rumah sakit dalam melakukan perlindungan ini dapat secara luas dijelaskan sebagai bagian dari tanggung jawab rumah sakit. Dalam kewajiban rumah sakit yang perlu dipenuhi setiap rumah sakit utamanya sebagai bagian dari garda terdepan penanganan Covid-19. Maka rumah sakit secara garis besar harus memenuhi sejumlah kewajiban dalam hal (1) pemenuhan informasi, (2) pemenuhan tenaga medis yang aktif, (3) pemenuhan fasilitas, (4) pemenuhan standar pelayanan medis serta (5) menghormati hak pasien dan perlindungan staff medis. Secara garis besar setiap kewajiban rumah sakit dapat dipenuhi secara manajerial dengan menerapkan etika kedokteran, etika rumah sakit dan peraturan mengenai kesehatan lainnya yang jelas dapat mendorong rumah sakit untuk mewujudkan kewajibannya.

Aturan yang memberikan dasar hukum pada kewajiban rumah sakit dan kewajiban pasien

tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2018 Tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien. Dalam peraturan tersebut pasal 2 menjelaskan kewajiban rumah sakit yang salah satunya adalah memberikan pelayanan gawat darurat serta melaksanakan standar mutu pelayanan kesehatan. Dalam penanganan pandemi Covid-19 diperlukan komitmen yang tinggi dari rumah sakit dalam kewajibannya untuk mampu memberikan pelayanan medis terbaik dan mendukung percepatan penanganan pandemi Covid-19 di Indonesia.

Dalam hal ini pandemi Covid-19 selalu diidentifikasi dengan penanganan yang diperlukan dengan cepat sehingga dapat diklasifikasikan sebagai penyakit yang memerlukan pelayanan gawat darurat. Dalam pasal 7 ayat 1 dijelaskan bahwa kewajiban rumah sakit adalah menyediakan pelayanan gawat darurat melalui instalasi gawat darurat berupa triase dan tindakan penyelamatan nyawa (life saving) atau upaya untuk mencegah kecacatan. Namun dalam pelaksanaan penggunaan

instalasi gawat darurat ini diperlukan pertimbangan seperti standar, jenis dan klasifikasi rumah sakit yang menjadi rujukan penanganan Covid-19.

Pelanggaran terhadap ketentuan diatas maka rumah sakit dapat dikenakan sanksi berupa sanksi administratif, yaitu teguran, teguran tertulis atau denda, dan pencabutan izin Rumah Sakit. Rumah sakit tetap dituntut untuk memenuhi kewajibannya serta dapat meminta pemenuhan atas haknya, utamanya dalam hal ini diposisikan sebagai garda terdepan fasilitas pencegahan dan penanganan pandemic Covid-19. Pada praktiknya suatu kewajiban yang lebih baik untuk didahulukan untuk dapat selanjutnya melaksanakan pemenuhan hak. Hal ini dikarenakan dengan menjalankan kewajiban maka hak akan didapatkan sebagai balasan dari pemenuhan kewajiban.

Perlindungan Hukum Bagi Rumah Sakit Yang Menjalankan Pelayanan Kesehatan Di Masa Pandemi Covid-19

Rumah sakit merupakan organisasi pelayanan publik yang memiliki tanggung jawab

atas setiap layanan kesehatan masyarakat. Tanggung jawab tersebut adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu terjangkau berdasarkan prinsip aman, menyeluruh, nondiskriminatif, partisipatif, dan memberikan perlindungan bagi masyarakat sebagai pengguna jasa pelayanan kesehatan, juga bagi penyelenggara pelayanan demi untuk mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Perlindungan Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), adalah tempat berlindung atau hal perbuatan dan sebagainya memperlindungi. Perlindungan Hukum menurut Sudikno Mertokusumo adalah kumpulan peraturan atau kaedah yang bersifat umum dan normatif, bersifat umum karena berlaku bagi setiap orang dan bersifat normatif karena menentukan apa yang seharusnya dilakukan, apa yang tidak boleh dilakukan serta menentukan bagaimana cara untuk melaksanakan kepatuhan kepada kaedah-kaedah. Selanjutnya menurut Satjipto Raharjo,

perlindungan hukum adalah “pengayoman yang diberikan terhadap Hak Asasi Manusia dari kerugian yang ditimbulkan oleh orang lain dan perlindungan tersebut diberikan agar masyarakat dapat menikmati hak-haknya.”

Pengaturan perlindungan hukum rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan pada masa pandemi Covid-19 telah menunjukkan taraf sinkronisasi vertikal. Artinya, peraturan yang lebih rendah derajatnya telah sesuai dengan peraturan yang lebih tinggi derajatnya.

Pengaturan mengenai perlindungan hukum rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan pada masa pandemi Covid-19 terdapat dalam berbagai peraturan diantaranya:

1. Pasal 5 ayat (1) Anggaran Rumah Tangga Perhimpunan Rumah sakit Indonesia Tahun 2018 yang mengatur hak rumah sakit sebagai anggota organisasi Perhimpunan Rumah Sakit Indonesia.

Apabila diinterpretasikan dengan Pasal 8 ayat (1) Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang

Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2019, maka Pasal 5 ayat (1) Anggaran Rumah Tangga Perhimpunan Rumah Sakit Indonesia Tahun 2018, merupakan peraturan yang menduduki derajat terendah yang bersifat sah dan mengikat.

Jika diinterpretasikan dengan Teori Hans Kelsen dan Hans Nawiasky, maka Pasal tersebut merupakan pengaturan lebih lanjut dari Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien.

2. Pasal 26 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien yang mengatur mengenai hak rumah sakit secara implisit.

Jika diinterpretasikan dengan Pasal 7 Undang-Undang Nomor 10 Tahun 2004 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 sebagaimana telah diubah

dengan Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2019, maka undangundang tersebut sah dan mengikat, karena materi muatan Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit memenuhi syarat sebagai undang-undang dan termasuk dalam hierarki peraturan perundang-undangan. Hal ini dibuktikan dengan dasar hukum dibentuknya Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit yaitu Pasal 5 ayat (1), Pasal 20, Pasal 28 H ayat (1), dan Pasal 34 ayat (3), sehingga telah sesuai dengan Pasal 10 ayat (1) Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan sebagaimana telah diubah dengan UndangUndang Nomor 15 Tahun 2019.

Bila fakta normatif di atas diinterpretasikan dengan teori Hans Kelsen, Hans Nawiasky, maka hakikatnya perlindungan hukum rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan pada masa pandemi Covid-19 yang ada dalam Pasal 30 Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, harus didasarkan pada peraturan perundang-undangan yang memiliki derajat lebih tinggi yakni

Pasal 5 ayat (1), Pasal 20, Pasal 28 H ayat (1), dan Pasal 34 ayat (3) Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

Bentuk perlindungan hukum rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan pada masa pandemi Covid-19 meliputi: jaminan pengaturan bagi rumah sakit untuk memperoleh hak sebagai anggota organisasi; jaminan pengaturan rumah sakit untuk menerima rasa hormat dari pasien atau pengunjung di rumah sakit; jaminan pengaturan rumah sakit memperoleh informasi yang jujur, lengkap, dan akurat; jaminan pengaturan rumah sakit memperoleh informasi mengenai kemampuan finansial dan jaminan kesehatan yang dimiliki pasien; jaminan pengaturan rumah sakit untuk menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi, insentif, dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; jaminan pengaturan rumah sakit untuk menentukan jumlah, jenis dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi rumah sakit; jaminan pengaturan

rumah sakit melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam rangka mengembangkan pelayanan; jaminan pengaturan rumah sakit menerima bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; jaminan pengaturan rumah sakit menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian; jaminan pengaturan rumah sakit mempromosikan layanan kesehatan yang ada di rumah sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; jaminan pengaturan rumah sakit mendapatkan insentif pajak bagi rumah sakit publik dan rumah sakit yang ditetapkan sebagai rumah sakit pendidikan; jaminan pengaturan rumah sakit menerima pembayaran sesuai dengan kesepakatan; jaminan pengaturan rumah sakit mendapatkan perlindungan hukum dari tindakan konsumen yang beritikad tidak baik; jaminan pengaturan rumah sakit mendapatkan rehabilitasi nama baik.

Menurut Pasal 1 Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit menyatakan bahwa rumah sakit adalah institusi pelayanan

kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pelayanan Kesehatan Paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

Prinsip utama pengaturan rumah sakit selama fase adaptasi terhadap kebiasaan baru untuk menyesuaikan layanan rutin adalah:

- a. Melayani pasien Covid-19 dan non Covid-19 dengan melakukan prosedur skrining, triase dan tata laksana kasus.
- b. Penerapan prosedur Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), penerapan Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3), dan pemenuhan Alat Pelindung Diri (APD) untuk mengantisipasi penularan terhadap tenaga kesehatan dan pengguna layanan.
- c. Penerapan protokol pencegahan Covid-19.
- d. Menyediakan fasilitas perawatan khusus untuk pasien kasus Covid-19.

- e. Setiap wilayah akan terintegrasi dengan sistem penanganan Covid-19 untuk membentuk sistem pelacakan kasus, menerapkan mekanisme rujukan yang efektif, memantau isolasi mandiri dan berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan setempat.
- f. Melakukan kembali pelayanan yang tertunda selama masa pandemi.

Penetapan COVID-19 akibat kerja sebagai penyakit akibat kerja yang spesifik pada pekerjaan tertentu ditetapkan oleh KMK HK.01.07/MENKES/327/2020. Perlindungan dokter sebagai pekerja medis dalam Program JKK pada Kasus PAK karena COVID-19 melalui SE Menaker No.M/8/HK.04/V/2020.

Berdasarkan hasil penelitian ini ditemukan berbagai bentuk perlindungan hukum rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan pada masa pandemi Covid-19 di dalam Pasal 5 ayat (1) Anggaran Rumah Tangga Perhimpunan Rumah Sakit Indonesia Tahun 2018 meliputi :

- a. Jaminan pengaturan rumah sakit untuk memilih dan dipilih sebagai pengurus perhimpunan rumah sakit Indonesia Rumah sakit dalam hal memilih pengurus Perhimpunan Rumah Sakit Indonesia artinya adalah rumah sakit berhak menentukan pengurus Perhimpunan Rumah Sakit Indonesia sesuai dengan pilihannya. Sedangkan rumah sakit juga berhak untuk di pilih sebagai pengurus Perhimpunan Rumah Sakit Indonesia oleh anggota Perhimpunan Rumah Sakit Indonesia.
- b. Jaminan pengaturan rumah sakit untuk membela diri Rumah sakit berhak membela diri dalam arti untuk mempertahankan hak dari rumah sakit itu sendiri dari serangan pihak lain, baik pihak internal maupun eksternal.
- c. Jaminan pengaturan rumah sakit mendapatkan perlindungan dari organisasi Rumah sakit berhak mendapatkan perlindungan selama dalam menjalankan jasa pelayanan kesehatannya. Perlindungan memiliki arti mengayomi, mencegah, mempertahankan, dan

membentengi, misalnya perlindungan hukum atas hak-hak rumah sakit.

- d. Jaminan pengaturan rumah sakit mendapatkan pembelaan dari organisasi Pembelaan atau yang biasa disebut dengan advokasi adalah upaya untuk membela atau memperjuangkan pihak-pihak yang berkepentingan. Advokasi dapat dilakukan sendiri oleh pihak yang berkepentingan (self advocacy), dan dapat juga dilakukan oleh pihak lain secara profesional disebut advokat (advocate). Advokasi sendiri merupakan salah satu bentuk komunikasi persuasif, yang bertujuan untuk mempengaruhi pemangkukepentingan dalam pengambilan kebijakan atau keputusan. Advokasi atau pembelaan ini diberikan oleh Perhimpunan Rumah Sakit Indonesia kepada rumah sakit yang merupakan anggota dari Perhimpunan Rumah Sakit Indonesia yang sedang berkaitan dengan masalah hukum. Advokasi atau pembelaan tersebut merupakan hak dari rumah sakit

sebagai anggota Perhimpunan Rumah Sakit
Indonesia.

BAB 11. Peran Organisasi Profesi Sebelum Dan Sesudah Pemberlakuan Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan

Pada era kesehatan yang terus berubah, peran organisasi profesi menjadi semakin penting dalam membentuk dan menjaga standar praktik kesehatan, serta dalam menyuarakan kebutuhan dan kepentingan para profesional kesehatan. Dengan pemberlakuan Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan di Indonesia, terdapat perubahan signifikan dalam lingkungan hukum dan kebijakan yang mengatur praktik kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk menggali dan memahami peran organisasi profesi kesehatan, baik sebelum maupun sesudah pemberlakuan undang-undang tersebut, memberikan wawasan tentang evolusi dan adaptasi organisasi profesi dalam konteks regulasi kesehatan yang berubah.

Sebelum pemberlakuan UU No. 17 Tahun 2023, organisasi profesi kesehatan di Indonesia, seperti Ikatan Dokter Indonesia (IDI) dan Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), telah memainkan peran

krusial dalam meningkatkan standar praktik profesional, pendidikan medis berkelanjutan, advokasi kebijakan, dan pengawasan etik dan praktik medis. Organisasi-organisasi ini berfungsi sebagai jembatan antara profesional kesehatan dan pemerintah, serta sebagai wadah untuk pengembangan profesional anggotanya.

Pengenalan UU No. 17 Tahun 2023 membawa perubahan dalam regulasi pelayanan kesehatan, termasuk aspek telemedisin, perlindungan data pasien, serta tanggung jawab dan hak penyedia layanan kesehatan. Perubahan ini menuntut adaptasi dan respons yang cepat dari organisasi profesi kesehatan untuk memastikan bahwa anggotanya tetap relevan dan sesuai dengan regulasi baru. Penelitian ini akan mengeksplorasi bagaimana organisasi profesi merespons dan menyesuaikan perannya dalam konteks perubahan kebijakan dan regulasi ini.

Organisasi profesi seperti IDI dan PPNI telah lama menjadi penentu arah dalam pengembangan standar medis, kode etik, dan praktik profesional.

Menganalisis peran mereka memberikan konteks penting untuk memahami bagaimana praktik medis berkembang hingga saat ini. Selanjutnya, organisasi profesi memiliki peran penting dalam advokasi dan pembentukan kebijakan kesehatan. Keterlibatan mereka dalam dialog kebijakan dan proses pembuatan keputusan penting untuk memastikan bahwa kebijakan kesehatan mencerminkan kebutuhan dan realitas praktik medis. Mereka juga merupakan suara bagi para profesional kesehatan, memastikan bahwa kepentingan dan pandangan mereka diwakili dalam pembuatan kebijakan.

Dari sudut pandang pendidikan dan pengembangan profesional, organisasi profesi berperan dalam menetapkan standar pendidikan dan pelatihan yang harus dipenuhi praktisi kesehatan. Ini termasuk menyediakan sumber daya untuk pendidikan medis berkelanjutan, yang sangat penting dalam menjaga kualitas layanan kesehatan dan memastikan bahwa praktisi kesehatan tetap up-to-date dengan perkembangan terkini dalam bidang mereka.

Peran organisasi Profesi dalam aturan lama

Organisasi profesi kesehatan di Indonesia memiliki peran penting dalam memastikan kualitas dan integritas profesi di bidang kesehatan. Organisasi-organisasi ini tidak hanya mewakili kepentingan para profesional kesehatan tetapi juga berperan dalam menjaga standar etika, pendidikan, dan praktik yang berkualitas tinggi. Penulis membahas peran dan fungsi beberapa organisasi profesi kesehatan utama di Indonesia berdasarkan aturan lama, termasuk Ikatan Dokter Indonesia (IDI), Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat (IAKMI), Ikatan Bidan Indonesia (IBI), dan Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PDGI).

1. Ikatan Dokter Indonesia (IDI):

- IDI didirikan pada tahun 1950 sebagai satu-satunya organisasi profesi bagi dokter di Indonesia.
- Berdasarkan Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, IDI memiliki tanggung jawab penting termasuk menerbitkan

rekomendasi izin praktik, menyelenggarakan uji kompetensi, mengakreditasi pendidikan berkelanjutan, melakukan kendali mutu dan biaya, serta melakukan audit medis praktik kedokteran.

- Peran IDI dalam menjamin standar tinggi praktik kedokteran sangat signifikan, terutama dalam mengatur aspek pendidikan, sertifikasi, dan etika profesi kedokteran.

2. Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat (IAKMI):

- IAKMI adalah organisasi profesi yang independen dan multidisipliner, didirikan pada tahun 1971 untuk mempromosikan kesehatan masyarakat di Indonesia.
- Organisasi ini memiliki visi untuk menjadi organisasi profesi bertaraf dunia dalam meningkatkan derajat kesehatan bangsa.

- Misi IAKMI termasuk menjaga nilai-nilai etika profesi, meningkatkan kapasitas anggota, dan mengembangkan kemitraan strategis dengan pemerintah dalam mencapai derajat kesehatan yang tinggi di masyarakat.

3. Ikatan Bidan Indonesia (IBI):

- IBI didirikan pada tahun 1951 sebagai wadah profesional bagi bidan di Indonesia, dengan tujuan meningkatkan profesionalisme anggota dan menjamin pelayanan berkualitas kepada masyarakat.
- IBI bertujuan menggalang persatuan dan persaudaraan antara bidan serta kaum wanita secara umum, dan juga membantu pemerintah dalam pelaksanaan pembangunan nasional khususnya dalam bidang kesehatan masyarakat.

4. Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PDGI):

- PDGI adalah organisasi profesi yang mewakili dokter gigi di Indonesia, didirikan di Bandung pada tahun 1950.
- PDGI memainkan peran penting dalam menjaga standar profesi dokter gigi, termasuk pendidikan, praktik, dan etika profesi.

Pemahaman penulis menyomelihat bahwa organisasi profesi kesehatan di Indonesia memiliki empat kebutuhan dasar: kredibilitas, profesionalisme, kualitas jasa, dan kepercayaan. Organisasi-organisasi ini juga memiliki ciri khas, seperti kebanggaan dan kehormatan dalam profesi, tujuan menjaga martabat dan kehormatan profesi, serta pengambilan keputusan berdasarkan kesepakatan.

Ikatan Dokter Indonesia (IDI), sebagai satu-satunya organisasi profesi dokter di Indonesia, memainkan peran kunci dalam pengembangan dan penegakan standar dalam praktik kedokteran di negara ini. Berdiri sejak tahun 1950, IDI tidak hanya menjadi wadah representasi bagi dokter di

Indonesia, tetapi juga berperan penting dalam berbagai aspek regulasi dan pembinaan profesi kedokteran, sesuai dengan mandat yang diberikan oleh peraturan dan undang-undang yang berlaku.

Menurut Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, IDI diberikan tanggung jawab untuk melaksanakan beberapa tugas penting, yang mencakup penerbitan rekomendasi izin praktik. Hal ini menunjukkan bahwa IDI memiliki peran vital dalam menentukan siapa yang memenuhi syarat untuk praktik kedokteran di Indonesia, memastikan bahwa hanya mereka yang memiliki kualifikasi yang tepat dan memenuhi standar profesional yang dapat melakukan praktik medis.

Selain itu, melalui kolegium, IDI bertanggung jawab untuk menyelenggarakan uji kompetensi, membuat standar pendidikan, dan standar kompetensi. Ini mencerminkan peranan penting IDI dalam menjaga kualitas pendidikan dan pelatihan dokter di Indonesia, memastikan bahwa dokter yang berpraktik memiliki pengetahuan dan keterampilan

yang diperlukan untuk menyediakan layanan kesehatan yang aman dan efektif.

IDI juga bertugas menyelenggarakan dan mengakreditasi pendidikan berkelanjutan. Ini menunjukkan komitmen organisasi terhadap pembelajaran seumur hidup dan peningkatan berkelanjutan dalam praktik kedokteran, memastikan bahwa dokter di Indonesia terus mengikuti perkembangan terbaru dalam ilmu kedokteran dan praktek klinis.

Organisasi ini juga melakukan kendali mutu dan kendali biaya, serta melakukan audit medik praktik kedokteran. Ini menegaskan peran IDI dalam memastikan bahwa praktik kedokteran di Indonesia tidak hanya mematuhi standar kualitas yang tinggi, tetapi juga efisien dan terjangkau bagi masyarakat. Audit medik yang dilakukan oleh IDI membantu dalam identifikasi dan peningkatan area-area yang memerlukan perhatian dalam praktik medis, serta memastikan akuntabilitas dalam profesinya.

Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI) memegang peran penting dalam

mengadvokasi dan mempromosikan kesehatan masyarakat di Indonesia. Sebagai organisasi profesi yang independen dan multidisipliner, IAKMI didirikan pada tahun 1971 dengan visi menjadi organisasi profesi bertaraf dunia dalam mencapai derajat kesehatan bangsa Indonesia yang setinggi-tingginya. Organisasi ini mewakili para profesional di bidang kesehatan masyarakat, termasuk epidemiolog, ahli kesehatan lingkungan, ahli nutrisi, dan berbagai disiplin ilmu kesehatan masyarakat lainnya.

IAKMI memiliki misi yang luas dan beragam, mencakup menjaga nilai-nilai etika profesi, meningkatkan kapasitas anggota, mengatur pengelolaan organisasi di pusat dan daerah, melaksanakan kemitraan yang luas dan berdaya guna, serta meningkatkan pengetahuan dan keterampilan di bidang kesehatan masyarakat. Organisasi ini berupaya meningkatkan derajat kesehatan tanpa memandang perbedaan sosial, agama, suku bangsa, dan batas wilayah, serta mengembangkan kemitraan strategis dengan

pemerintah dalam upaya mencapai derajat kesehatan yang tinggi di masyarakat.

Peran IAKMI dalam sistem kesehatan Indonesia sangat penting, terutama dalam konteks pembangunan kesehatan masyarakat yang inklusif dan berkelanjutan. Organisasi ini berkontribusi pada pembentukan kebijakan kesehatan masyarakat, advokasi untuk isu-isu kesehatan masyarakat, serta penelitian dan pengembangan dalam bidang kesehatan masyarakat. IAKMI juga memainkan peran kunci dalam promosi dan penerapan praktik kesehatan masyarakat yang berbasis bukti dan data, yang penting untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan populasi.

Keterlibatan IAKMI dalam pendidikan dan pelatihan berkelanjutan bagi para profesional kesehatan masyarakat juga penting. Organisasi ini mendukung pengembangan sumber daya manusia di bidang kesehatan masyarakat melalui program-program pelatihan, lokakarya, seminar, dan konferensi. Ini membantu memastikan bahwa para profesional kesehatan masyarakat di Indonesia

terus mengikuti perkembangan terbaru dalam bidang mereka, meningkatkan kemampuan mereka dalam merespons tantangan kesehatan masyarakat yang terus berubah.

Ikatan Bidan Indonesia (IBI) adalah organisasi profesi yang mewakili bidan di Indonesia, didirikan pada tahun 1951. IBI memainkan peran penting dalam peningkatan profesionalisme anggota untuk menjamin masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan berkualitas, khususnya dalam aspek kesehatan ibu dan anak. Sebagai anggota Kongres Wanita Indonesia (KOWANI) dan International Confederation of Midwives (ICM), IBI menunjukkan keterlibatan aktifnya dalam dialog dan kolaborasi di tingkat nasional dan internasional.

IBI bertujuan menggalang persatuan dan persaudaraan antara sesama bidan serta kaum wanita secara umum, yang penting untuk memperkokoh persatuan bangsa. Organisasi ini juga berfokus pada pembinaan pengetahuan dan keterampilan anggota dalam profesi kebidanan, khususnya dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak

serta kesejahteraan keluarga. IBI berperan aktif dalam membantu pemerintah dalam pelaksanaan pembangunan nasional, terutama dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Ini termasuk peningkatan martabat dan kedudukan bidan dalam masyarakat, yang penting untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan yang diberikan kepada ibu dan anak.

Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PDGI) merupakan organisasi profesi tunggal untuk dokter gigi di Indonesia, didirikan di Bandung pada tahun 1950. PDGI berperan dalam menjaga standar profesionalisme dokter gigi di Indonesia, dengan anggota yang tersebar di berbagai wilayah di Indonesia. PDGI telah terlibat aktif dalam berbagai kegiatan profesional, pendidikan, dan advokasi untuk memajukan praktik kedokteran gigi di Indonesia.

Sebagai organisasi profesi, PDGI bertanggung jawab untuk meningkatkan mutu pendidikan dan praktik kedokteran gigi di Indonesia. Organisasi ini mengadakan pelatihan, seminar, dan

konferensi untuk meningkatkan keterampilan dan pengetahuan anggotanya. PDGI juga berperan dalam mendorong penelitian dan pengembangan di bidang kedokteran gigi, yang penting untuk memastikan bahwa praktik kedokteran gigi di Indonesia sesuai dengan standar global.

Kesimpulan: IBI dan PDGI memainkan peran krusial dalam memajukan kualitas layanan kesehatan di Indonesia. Melalui pembinaan anggota, advokasi kebijakan, dan partisipasi dalam pembangunan nasional, kedua organisasi ini berkontribusi pada peningkatan akses dan kualitas layanan kesehatan. Mereka memastikan bahwa para profesional di bidangnya, baik bidan maupun dokter gigi, mendapatkan pendidikan dan pelatihan yang sesuai untuk memberikan pelayanan terbaik kepada masyarakat Indonesia.

Peran Organisasi Pasca Berlakunya UU No. 17
Tahun 2023

Dengan berlakunya Undang-Undang No. 17
Tahun 2023 tentang Kesehatan, khususnya yang
tercantum dalam Bagian Kedua Belas mengenai

Organisasi Profesi dan BAB XV tentang Partisipasi Masyarakat, terdapat indikasi bahwa pemerintah Indonesia bertujuan untuk menertibkan dan mengarahkan organisasi profesi kesehatan agar lebih terstruktur dan sejalan dengan kebijakan kesehatan nasional.

Pasal 311 UU ini memperjelas bahwa tenaga medis dan tenaga kesehatan dapat membentuk organisasi profesi, namun pembentukannya harus sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Hal ini menunjukkan adanya upaya pemerintah untuk memastikan bahwa setiap organisasi profesi di bidang kesehatan beroperasi dalam kerangka hukum yang jelas dan terstruktur. Dengan demikian, pemerintah dapat memastikan bahwa organisasi-organisasi ini berkontribusi secara positif terhadap pembangunan kesehatan dan tidak bertentangan dengan kebijakan kesehatan publik yang telah ditetapkan.

Pasal 417 lebih lanjut menggarisbawahi peran penting masyarakat, baik secara perseorangan maupun terorganisasi, dalam pembangunan

kesehatan. Partisipasi masyarakat ini diatur untuk mencakup keikutsertaan secara aktif dan kreatif, yang mengindikasikan bahwa pemerintah mengakui dan mendorong keterlibatan masyarakat dalam usaha-usaha peningkatan kesehatan. Namun, ayat (3) dan (4) pasal ini juga menekankan peran pemerintah pusat dan daerah dalam mengoordinasikan partisipasi tersebut, menunjukkan adanya upaya pemerintah untuk memimpin dan mengarahkan partisipasi ini sesuai dengan tujuan dan prioritas pembangunan kesehatan nasional.

Dari perspektif ini, UU No. 17 Tahun 2023 tampaknya dirancang untuk menciptakan kerangka kerja di mana organisasi profesi kesehatan dan partisipasi masyarakat dalam pembangunan kesehatan berlangsung dalam cara yang terkoordinasi dan sesuai dengan arahan kebijakan pemerintah. Ini menunjukkan upaya pemerintah untuk menyelaraskan inisiatif-inisiatif kesehatan dari berbagai pihak dengan rencana dan target pembangunan kesehatan nasional.

Pendekatan ini mungkin memiliki beberapa implikasi. Di satu sisi, dapat meningkatkan efisiensi dan efektivitas program kesehatan dengan memastikan bahwa semua pihak bergerak ke arah yang sama. Di sisi lain, penting juga untuk memastikan bahwa dalam usaha untuk menertibkan organisasi profesi, tidak menghambat inovasi dan inisiatif independen yang dapat muncul dari organisasi-organisasi ini. Keseimbangan antara koordinasi dan otonomi organisasi profesi kesehatan akan menjadi kunci dalam mewujudkan sistem kesehatan yang dinamis dan responsif terhadap kebutuhan masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Agoes, R. (2010). *Ethics in Patient Care*. Bandung: Universitas Padjadjaran.
- Amirudin, H., & Zainal Asikin. (2004). *Pengantar Metode Penelitian Hukum*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Astuti, E. K. (2009). *Transaksi Terapeutik Dalam Upaya Pelayanan Medis Di Rumah Sakit*. Bandung: PT Citra Aditya Bakti.
- Azwar, A. (1996). *Pengantar Administrasi Kesehatan (Edisi III)*. Jakarta: PT Bina Rupa Aksara.
- Bahder Johan Nasution. (2005). *Hukum Kesehatan Pertanggungjawaban Dokter*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Benyamin Lumenta. (1989). *Pasien Citra dan Perilaku*. Yogyakarta: Kanisius.
- Dalami, E. (2010). *Etika Keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media.
- Ermawati Dalami. (2010). *Etika Keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media.
- Hadiati Koeswadji, H. (1999). *Undang Undang Nomor 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan: Asas Asas dan Permasalahan Implementasinya*. Bandung: Citra Aditya Bakti.
- Hadiati Koeswadji, H. (2002). *Hukum untuk Perumahsakit*. Bandung: Citra Aditya Bakti.
- Hartati, S. (2019). *Kesetaraan Akses dalam Pelayanan Kesehatan di Indonesia*. Bandung: Alfabeta.
- Hartati, S. (2021). *Keamanan Informasi dalam Layanan Kesehatan Digital*. Bandung: Alfabeta.
- Lili Rasjidi. (2002). *Pengantar Filsafat Hukum*. Bandung: Mandar Maju.
- Mahfud MD, M. (2019). *Politik Hukum di Indonesia (Edisi Revisi, Cet. 9)*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Muninjaya, A.A. Gd. (2004). *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Nadapdap, B. (2009). *Hukum Perseroan Terbatas*. Jakarta: Jala Permata Aksara.

- Nasution, B. J. (2005). *Hukum Kesehatan Pertanggungjawaban Dokter*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nugroho, R. (2022). *Kerahasiaan Data dan Keamanan Informasi dalam Telemedisin*. Jakarta: RajaGrafindo Persada.
- Ohoiwutun, T. (2008). *Bunga Rampai Hukum Kedokteran: Tinjauan dari Berbagai Peraturan Perundangan dan Undang-Undang Praktek Kedokteran*. Malang: Bayu Media Publishing.
- Prasetyo, B., & Suryoputro, A. (2019). *Akuntabilitas dalam Pelayanan Kesehatan*. Yogyakarta: Deepublish.
- Prasetyo, B., & Suryoputro, A. (2021). *Hukum dan Etika dalam Telemedisin*. Yogyakarta: Deepublish.
- Rahardjo, S. (2020). *Pelayanan Kesehatan dan Hak Asasi Manusia*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Rasjidi, L. (2002). *Pengantar Filsafat Hukum*. Bandung: Mandar Maju.
- Rustiyanto, E. (2009). *Etika Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Setiawan, I., & Sari, N. P. (2018). *Penerapan Prinsip Akuntabilitas dalam Pelayanan Publik*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
- Sinamon, N. (2019). *Hukum Kesehatan dan Sengketa Medik*. Jakarta: Jala Permata Aksara.
- Sulistyo, B., & Nurhayati, T. (2021). *Digitalisasi dan Perlindungan Data dalam Layanan Kesehatan*. Jakarta: Kencana.

Undang-Undang:

Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)
Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan
Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Indonesia (MKEK) Ikatan Dokter Indonesia (IDI). (2002). *Kode Etik Kedokteran Indonesia dan Pedoman Pelaksanaannya*. Jakarta: IDI.

Jurnal:

- Dhimas, P.C.A. (2019). Tanggung Jawab Hukum Dokter Dalam Memberikan Pelayanan Kesehatan Terhadap Pasien. *MAKSIGAMA*, 13(2), 125-137.
- Dian Mauli. (2018). Tanggung Jawab Hukum Dokter Terhadap Kesalahan Diagnosis Penyakit Kepada Pasien. *Jurnal Hukum dan Kesehatan*, 39.
- Hargianti Dini Iswandari. (2006). *Aspek Hukum Penyelenggaraan Praktik Kedokteran Suatu Tinjauan Berdasarkan Undang - Undang No 29/2004 Tentang Praktik Kedokteran*. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan, 9.
- Heri, S., Octara, D., & Sugiharta, N. (2018). Pelanggaran Kode Etik Kedokteran Pada Kasus Pengangkatan Indung Telur Pasien Secara Sepihak. *Jurisprudentie*, 5(2).
- Nasrudi, A., dkk. (2020). Ultrasonografi Obstetri Dalam Prespektif Medis, Kaidah Bioetika Dan Islam. *Wal'afiat Hospital Journal: Jurnal Nakes Rumah Sakit*.
- Sayekti, N. W., & Sudarwati, Y. (2010). Analisis Terhadap Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS): Transformasi Pada BUMN Penyelenggara Jaminan Sosial. *Jurnal Ekonomi dan Kebijakan Publik*, 1(1).

Lainnya:

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). *Standar Nasional Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2022). *Nomor Hk.01.07/Menkes/1936/2022 tentang Perubahan Atas Keputusan Menteri Kesehatan Nomor Hk.01.07/Menkes/1186/2022 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2023). *Nomor HK.01.07/Menkes/75/2023 tentang Petunjuk Teknis Penggunaan Alat Ultrasonografi Untuk Antenatal Care Bagi Dokter Umum di Layanan Primer*.
- World Health Organization. (2020). *Quality of Care: A Process for Making Strategic Choices in Health Systems*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2021). *Framework for Ensuring Accountability in Health Care*. Geneva: WHO.



ISBN 978-623-8442-41-6



9 786238 442416